

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

BENZITOUNI MOKRANE

Diplômé de l'Institut de Médecine légale et Psychiatrie
et de l'Institut de Médecine Coloniale de l'Université de Paris

Né le 15 Septembre 1900 à Lafayette (Algérie)

L'ENSEVELISSEMENT PRÉMATURÉ

Président de Thèse : M. BALTHAZARD, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1931

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

BENZITOUNI MOKRANE

Diplômé de l'Institut de Médecine légale et Psychiatrie
et de l'Institut de Médecine Coloniale de l'Université de Paris

Né le 15 Septembre 1900 à Lafayette (Algérie)

L'ENSEVELISSEMENT PRÉMATURÉ

Président de Thèse : M. BALTHAZARD, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1931

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... M. BALTHAZARD

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE
Physiologie	ROGER.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
	H. CLAUDE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	TEISSIER.
	DELBET.
	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
	TERRIEN.
	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
	OMBRÉDANNE.
	VAQUEZ.
	SEBILÉAU.
	PIERRE DUVAL.
	SERGENT.
	LÉON BERNARD.
	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Physiologie.....	BINET.
Chimie biologique.....	BLANCHETIERE.
Pathologie chirurgicale.....	BROCO.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale.....	de GAUDART d'ALLAINES
Physique.....	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique.....	ECALLE.
Urologie.....	FEY.
Pathologie expérimentale.....	GARNIER.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Histologie.....	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Anatomie.....	HOVELACQUE.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Parasitologie.....	JOYEUX.
Pathologie médicale.....	GUY-LAROCHE.
Oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique.....	LEROUX.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiatrie.....	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale.....	LIAN.
Pharmacologie.....	MERCIER FERNAND.
Histologie.....	MILLOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie.....	MULON.
Anatomie Pathologique.....	OBERLING.
Anatomie.....	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIÈVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Physiologie.....	RICHTER Fils.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie médicale.....	VALLÉRY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique.....	VAUDESCAL.
Obstétrique.....	VELTER.
Ophtalmologie.....	VERNE.
Histologie.....	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
	LEQUEUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.
Histologie	DEMELIN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS

DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique médicale	ABRAMI.
Clinique médicale	CHIRAY.
Clinique médicale	DEBRÉ.
Clinique médicale	DUVOIR.
Clinique médicale	FIESSINGER.
Clinique chirurgicale	HEITZ-BOYER.
Clinique médicale	LAUGNEL LAVASTINE
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	BASSET.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale	MATHIEU.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique chirurgicale	LE LORIER.
Clinique chirurgicale	LÉVY-SOLAL.
Clinique obstétricale	METZGER.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrég.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE VENEREE DE MA MERE

*trop tôt ravie à mon affection.
Sa vie restera pour moi
l'image de l'énergie et aussi
de l'abnégation. Pieusement
je conserverai le souvenir de
la tendresse dont elle m'en-
toura constamment et qui fut
et demeurera pour moi le plus
précieux des réconforts.*

A LA MEMOIRE DE MA TANTE MOULAAZ

A MON PERE

*dont la tendre sollicitude tou-
jours en éveil, toujours
prompte à s'affirmer, jamais
ne se démentit.*

*En témoignage de gratitude
pour tout ce que je lui dois et
de vive admiration pour la no-
blesse de sa vie, toute de
bonté et de devoir.*

A MON MAITRE

M. GALLOU MOHAMED SAID

Instituteur à Akbou

qui a guidé d'une façon toute paternelle mes premiers pas et dont les encouragements et les conseils ne m'ont jamais fait défaut. Je ne saurais oublier que c'est lui qui me dirigea dans la voie où je me suis engagé et je le prie de trouver ici l'hommage de ma reconnaissante et tendre affection.

A MES SŒURS ET FRÈRES

A CEUX DES MIENS QUI ME SONT CHERS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR BALTHAZARD

Doyen de la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de médecine légale

Directeur de l'Institut médico-légal de Paris

Officier de la Légion d'honneur

*qui a bien voulu, après m'avoir
prodigué les fruits de son
savoir et de sa vaste expé-
rience, me faire l'honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse. Qu'il me soit per-
mis de lui exprimer l'hom-
mage de ma profonde et res-
pectueuse gratitude.*

A MES MAITRES DE L'INSTITUT
DE MEDECINE LEGALE ET DE PSYCHIATRIE
ET NOTAMMENT

A MM. LES PROFESSEURS AGREGES

DUVOIR ET PIEDELIEVRE

MM. LES DOCTEURS DERVIEUX, DESOILLE

ET SZUMLANSKI

*qui m'ont inspiré le sujet de
cette thèse et m'ont constam-
ment encouragé de leurs con-
seils. Qu'ils veuillent bien ac-
cepter mes très vifs remer-
ciements.*

A MES MAITRES
DE L'INSTITUT DE MEDECINE COLONIALE

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MES JUGES

L'ENSEVELISSEMENT PREMATURE

*Etre enseveli vivant c'est à
coup sûr la plus terrible des ex-
trémités qu'ait jamais pu encou-
rir une créature mortelle.*

E. Poë.

INTRODUCTION

La mort, le plus impressionnant des mystères qui, dans l'imagination des hommes, présente l'aspect le plus redoutable a, malgré sa fatalité inexorable et en dépit de leurs conceptions relatives à leur immortalité, toujours répugné à leur entendement et fait naître dans leurs consciences, de tous temps, des suspicions terrifiantes et des angoisses lugubres.

Aux époques de la plus saine philosophie comme aux époques de la foi la plus naïve, des consciences ont été terrorisées à l'idée qu'il se pouvait faire que fussent mis au tombeau des corps d'êtres encore vivants, morts seulement en apparence. Des présomptions d'inhumations prématurées, d'enterrés vivants, reviennent périodiquement réveiller l'inquiétude populaire et répandre la terreur dans les esprits.

Ces présomptions s'ancrent dans la croyance avec la force d'une réalité démontrée à la faveur de deux

faits : c'est d'une part, l'inexistence d'un signe à la fois précoce et absolu de la mort réelle, ce dont on s'alarme; d'autre part, l'existence d'états pathologiques particuliers simulant assez bien le tableau de la mort, qui s'ils n'étaient pas reconnus conduiraient irrémédiablement à une inhumation prématurée, dont on s'épouvante.

La superstition, certains concours de circonstances, et quelques diaboliques imaginations aidant, les histoires d'enterrés vivants sont légion; et il n'est guère de pays où ne se conserve le souvenir de personnes prématurément inhumées.

Les récits populaires, l'histoire elle-même rapportent aussi un grand nombre d'exemples d'individus qui ont été soustraits à l'horrible supplice d'une inhumation précipitée. Platon, Asclépiade et Pline citent des personnes que les flammes de leurs bûchers rappelèrent à la vie.

Celles de ces histoires pour lesquelles on a pu avoir des détails authentiques de la part d'un témoin oculaire ou d'un parent de bonne foi, contemporain de la victime, ont toutes été contestées quant à leur véracité. Pour les autres, le luxe des détails suggestifs et des accessoires macabres de la scène où, leurs sens recouvrés, le enterrés vivants luttent contre leur sort, joint à l'abus des épithètes terrifiantes, suffirait à les discréditer aux yeux des investigateurs impartiaux.

Nonobstant, la littérature s'est emparée de ce thème fertile en péripéties poignantes; non seulement la

littérature fantastique d'un Edgar Poë, les romans d'aventures merveilleuses d'un Jules Vernes, mais encore la psychologie romanesque d'un Balzac ont accrédité cette croyance populaire et paré des prestiges de l'art, ce produit de l'ignorance et de la superstition, que depuis longtemps déjà, dans le domaine des résurrections, les religions égyptienne, juive, et surtout chrétienne avaient érigé, non seulement en dogme de foi, mais en preuves miraculeuses du fondement de leur vérité théologale.

Enfin tombant dans cette aberration populaire, des esprits scientifiques se sont inquiétés de la question, et non contents de solliciter de la part de l'état et du corps médical des précautions ménageant la certitude de l'irréremédiable dans l'esprit des survivants, ils ont en outre consacré les racontars en basant leurs critiques injurieuses sur des citations sensationnelles qu'ils essayent de faire passer pour des preuves.

A ce propos, et tout récemment, aux séances de janvier et février 1931, de la Société de Médecine légale de France (Annales de médecine légale de février et mars 1931), M. E. Levy (1) a attiré l'attention sur la « constatation juridique des décès » à propos d'une proposition de résolution d'abord pendante, puis votée par la chambre des Députés le 4 février 1931.

Cette proposition de résolution est ainsi conçue :
« la Chambre invite le Gouvernement à réglementer,

(1) Secrétaire et rapporteur de la Commission de l'état-civil.

après avis de l'Académie de Médecine et de l'Académie des Sciences, la vérification du décès par une preuve médico-scientifique, nettement affirmative de la certitude de la mort, dans le but de restreindre le plus possible le nombre des inhumations en état de mort apparente ». C'est en ces termes que s'exprime M. E. Levy dans le texte paru dans le numéro de février 1931 des Annales de Médecine légale : « Il y a toujours eu des morts apparentes; vous n'avez qu'à vous reporter aux Ecritures : on les appelait alors « résurrections »; la différence des mots ne doit pas détourner l'attention de la similitude des faits ».

Après cette courte allusion touchant l'ancienneté de la question des inhumations prématurées et des morts apparentes, M. E. Levy reproduisant un passage du rapport du Docteur Fié (1), nous rapporte la célèbre histoire du Cardinal Donnet, dont l'authenticité est très fortement contestée, connue nous le verrons dans un instant.

Il est donc nécessaire de mettre au point la question, de donner définitivement le tableau des signes connus de la mort réelle, d'en discuter la relativité dans les cas de mort apparente, celle-ci toujours facile à mettre en évidence quoique de prime abord trompeuse, de démontrer l'impossibilité d'un enterrement prématuré dans les cas où la constatation de la

(1) Rapport n° 4092 déposé le 20 novembre 1930 à la Chambre des Députés, établi au nom de la Commission de l'Hygiène de la Chambre sur la proposition de résolution.

mort a été faite par un médecin, et les prescriptions de l'article 77 du Code Civil remplies intégralement; et de ramener par là les légendes, les romans et les croyances populaires enracinées par des millénaires de superstition à leur véritable proposition d'imagination et de vision macabre.

HISTORIQUE

Tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, ont répété cette phrase de Winslow : « Mors certa, mors incerta, mortum esse certum, mortum esse incertum aliquando ».

Ainsi de tous les temps, l'ignorance d'un signe à la fois précoce et absolu de la mort réelle, la similitude de celle-ci avec certains états de mort apparente, en un mot la crainte des inhumations prématurées a toujours sérieusement préoccupé les hommes.

Et cette crainte, née du passé, transmise de génération en génération, amplifiée par l'histoire et les récits fantastiques est entretenue aujourd'hui par des faits invraisemblables que presque chaque semaine rapportent les journaux et dont le caractère effrayant est bien fait pour frapper l'imagination.

L'histoire du « pseudo » marquis de Champaubert, ne procède-t-elle pas de cette idée? Il s'agissait d'un individu, qui dans un but de publicité, se fit enterrer vivant dans une bière communiquant par un tuyau

avec l'air extérieur. On sait que malgré cette précaution il mourut dans l'air confiné.

Depuis la résurrection du Christ jusqu'aux cas de mort apparente fabuleusement dénaturés par quelques romanciers, de combien de façons différentes l'esprit humain n'a-t-il pas été effrayé ?

Il serait prétentieux de tenter d'expliquer scientifiquement les phénomènes de résurrection, et puéril de les admettre si on voulait en faire l'exégèse. Que dire, d'une façon entièrement objective, de la résurrection du Christ et de celles opérées par lui sur la fille de Jaïre et le fils de la veuve de Naïm ?

Au sujet de ces deux derniers cas, nous citons textuellement l'Evangile : « Or il vint un chef de la Synagogue nommé Jaïre, en voyant Jésus il se jeta à ses pieds, et il le supplia instamment, disant : « Ma fille vient de mourir, mais venez, imposez votre main sur elle, et elle vivra ». Jésus dit à la foule : « Retirez-vous ; car la jeune fille n'est pas morte, mais elle dort ». Il prit la main de la jeune fille, et elle se leva (1).

Il arriva qu'il s'en alla ensuite dans une ville appelée Naïm ; voilà qu'on portait un mort, fils unique de sa mère, et celle-ci était veuve. Le seigneur touché de compassion pour elle, lui dit : « Ne pleurez point ». Alors il s'approcha, toucha le cercueil et dit : « Jeune homme, je te commande, lève-toi ». Et celui

(1) Evangile selon saint Mathieu IX (18 et suivant) le nouv. testament, in Edit de la Sainte Bible des abbés Glaire et Vigouroux. Roger et Chernoviz, édit., 1917.

qui était mort se mit sur son séant, et commença à parler, et Jésus le rendit à sa mère (1).

Si dans les deux cas précédents, on est en droit de penser à des morts apparentes, il est impossible de considérer la résurrection de Lazare comme un cas analogue. Cet épisode est faux sinon miraculeux. En effet, comme le constate M. Duvoir (2), « si l'on s'en rapporte aux écritures, on ne peut s'empêcher de remarquer que le corps de Lazare était déjà en pleine putréfaction, ce qui est le signe le plus certain de la mort ». D'autre part, si l'on tient le fait de la résurrection de Lazare pour vrai, historiquement on est en droit pour l'éclairer, de tenir compte au même titre du témoignage des personnes présentes au moment de l'évènement, et de leurs déclarations. Le témoignage de Marthe, la sœur de Lazare est précieuse à cet égard : Jésus dit : « Otez la pierre ». Marthe, la sœur de celui qui était mort, lui dit : « Seigneur, il sent déjà mauvais, car il est de quatre jours » (3). Que vaut cette assertion de Marthe ! Elle ne peut valoir qu'au même titre que la résurrection de Lazare elle-même.

Or ce miracle précieusement transmis par l'Evangile est contesté avec la force que l'on sait par Ernest Renan : « La résurrection de Lazare, c'est de la légende

(1) Cf. *ibid.* Evangile selon saint Luc, VII, 11 et sq.

(2) *Annales de Médecine légale*. Avril 1931. (La vérification des décès et l'identification des cadavres, p. 361).

(3) Evangile selon saint Jean, 4^e évangile, XI, 38, le nouveau testament, in Edition de la Sainte Bible des abbés Glaire et Vigoureux. Roger et Chernoviz, édit., 1917.

de d'autant plus que l'origine du 4^e évangile est « enveloppée de mystère » (1).

Renan ne dit-il pas encore à ce sujet : « quand on sait de quelles inexactitudes, de quels coq-à-l'âne se forment les commérages d'une ville d'Orient, on ne regarde même pas comme impossible qu'un bruit de ce genre se soit répandu à Jérusalem du vivant de Jésus et ait eu pour lui des conséquences funestes » (2).

Voici maintenant la manière de voir de Strauss (3) sur la résurrection de Lazare : « Pour garantir le pouvoir qu'il aurait de ranimer un jour tous les débris humains, il ne suffisait pas que Jésus eût, de son vivant, ressuscité quelques individus à peine décédés et encore non inhumés (résurrection de Jaïre et Naïm).

Le miracle du passé devait mieux répondre au miracle de l'avenir, dont il était le gage. Si tous les morts devaient entendre la voix du Fils de Dieu et sortir de leurs tombeaux, cette voix puissante devait avoir déjà, pendant la vie terrestre du Fils, éveillé au moins un mort déjà enterré et dévolu à la corruption. Voilà l'idée mère de la résurrection de Lazare ou se réunissent en faisceau toutes les fibres vitales du 4^e Evangile.

(1) Ernest Renan : *Les Evangiles et la seconde génération chrétienne*. Calman-Lévy, édit.

D'une façon générale l'exégèse indique que le 4^e évangile est, selon toutes probabilités, apocryphe).

(2) E. Renan : *La Vie de Jésus*, Calman-Lévy, édit., p. 374.

(3) Strauss : *Nouvelle Vie de Jésus*, trad. Nefftzer et Dollfus, in-8°, deux volumes.

La résurrection de Lazare est donc, aussi bien que ses deux pendants évangéliques, une fiction de la foi chrétienne primitive, elle développe sur un mythe mieux réfléchi et plus travaillé que dans les deux autres, le même thème dogmatique.

Reconnaissons que la résurrection de Lazare est un tableau idéal, une libre fiction de l'évangéliste. Elle est incompatible avec le point de vue historique; cela s'explique par ses éléments dogmatiques et par l'esprit particulier du 4^e Evangile.

En résumé, le cas de la résurrection de Lazare est un de ceux qu'il faut ou bien abandonner à la théologie, ou bien nier quant à son existence, étant donné la nature même du témoignage.

Il ne peut qu'en être ainsi de tous les cas de résurrection connus, s'il est avéré que certains individus renaissent à la vie d'une manière imprévue après que le souffle vital ait paru irrémédiablement abandonner leurs corps; nous sommes alors en présence de cas de mort apparente : la mort est une syncope, mais une syncope qui se prolonge; si, comme Lazare l'était, l'individu est mort réellement, le phénomène surnaturel cesse d'intéresser la médecine, qui le discute.

Si l'on a tenté d'expliquer les résurrections en les assimilant aux morts apparentes, on a aussi en sens inverse essayé d'expliquer des cas de guérison inespérée par l'intervention miraculeuse d'une force surnaturelle.

Il demeure néanmoins très curieux et troublant de constater combien cette résistance à la mort, innée

chez l'homme, a puisé dans la crainte de la mort ou dans l'espoir d'une guérison miraculeuse, tantôt une terreur capable d'ébranler les familles à l'idée qu'un de leurs membres puisse être enseveli vivant, tantôt une espérance et une foi capables de stimuler une religion, de leur donner une nouvelle force de la soutenir pendant des siècles en la répandant dans toutes les parties du monde. La moindre anomalie, le moindre processus inhabituel dans le phénomène de la mort resté le plus incompréhensible dans tous les temps, devaient fatalement faire naître une procession de conclusions hâtives, d'histoires fantastiques et de théories sans fondement scientifique. En effet, il n'est pas de fable ni d'exagération qui n'aient été débitées sur ce sujet impressionnant. Une tradition veut même que les membres de certaines familles héritent du pouvoir de ne pas mourir complètement. Ces vampires sortaient le soir de la tombe pour se nourrir de sang humain. « Les grandes ailes mouvant, à grands coups d'éventail, bercèrent l'agonie de la belle pendant que l'amoureux bourreau, le bec enfoui dans la poitrine, lui buvait le sang jusqu'au cœur (1). »

Lorsqu'on ouvrait leurs tombeaux, ces derniers étaient vides ou bien on trouvait le vampire vivant mais endormi, le visage calme, l'aspect « bien nourri ». On pouvait cependant tuer définitivement ces

(1) Rachilde : *Le grand Saigneur*. E. Flammarion, éd.

monstres en détruisant le cœur et en tranchant la tête.

Dans les ouvrages de Winslow (en 1740) et de Bruhier (en 1742), on retrouve tous les faits et anecdotes alors connus, et dont le récit était bien capable de frapper l'esprit. L'on frissonne à l'idée de ces malheureux qui comme l'empereur Zénon se réveillaient dans leurs tombes, ou que le scalpel du chirurgien animait brusquement.

L'ensevelissement prématuré a donc son histoire, ses légendes et les récits les plus lugubres et les plus fantaisistes nous ont été transmis sur la possibilité de pareilles erreurs.

« Chacun de nous a senti sa compassion s'émouvoir à cette pensée qu'il pouvait arriver qu'un homme fût cloué vivant dans un cercueil. La raison se trouble à l'idée de cette lutte horrible d'un malheureux qui se réveille enseveli, qui renaît un instant à la vie pour succomber dans les tortures du supplice le plus affreux qu'ait jamais enfanté la plus cruelle barbarie.

« La tombe nous a redit l'épouvante de ces drames monstrueux. En fouillant d'anciens cimetières, on a trouvé enfermés dans les cercueils des squelettes aux attitudes désespérées, leurs membres horriblement contracturés trahissant la révolte suprême de la vie, l'angoisse d'une effrayante agonie, dont pas un cri, pas un gémissement n'avait pu être entendu des vivants. »

Ainsi s'exprimait au Sénat, le vicomte de la Guéronnière dans une discussion touchant les inhumations prématurées. A la même époque, le 29 février 1886, le Sénat discutait la proposition Cornot, tendant à rendre plus stricte l'application de l'article 77 du Code Civil, relatif à la constatation des décès; le Cardinal Donnet, archevêque de Bordeaux, sénateur de la Gironde, appuyant la dite proposition, dit alors : « J'ai moi-même, dans un village que j'ai desservi au début de ma carrière pastorale, empêché deux inhumations de personnes vivantes ; l'une d'elles vécut encore douze heures et l'autre revint complètement à la vie. Plus tard, à Bordeaux, une jeune fille passait pour morte; quand j'arrivais près d'elle, la mort ne me parut pas certaine, je fis entendre des paroles d'espérance. Une résolution s'opéra chez la malade; elle est devenue depuis épouse et mère. En 1831, à l'époque où le choléra sévissait en Hongrie, un de nos honorables collègues avait vu emporter comme mort un des plus grands personnages de la Transylvanie; sa femme obtint de rester la nuit auprès de lui, quelques heures après, il s'agitait sur sa couche, ouvrait les yeux et reprenait vie.

Mais l'histoire qui causa la plus vive émotion est la suivante :

En 1826, un jeune prêtre en chaire, au milieu de la cathédrale pleine d'auditeurs, avait été pris d'un étourdissement subit; la parole expira sur ses lèvres, il s'affaissa sur lui-même; on l'emporta, et, quelques heures après, on tintait son glas funèbre.

Il ne voyait pas, mais il entendait tout ce qui arrivait à ses oreilles.

Le médecin déclara qu'il était mort, et après s'être enquis de son âge, du lieu de sa naissance, il fit donner le permis d'inhumér pour le lendemain. On lui fit une solennelle veillée des morts, et l'évêque vint lui-même au pied du lit funèbre répéter le *De profundis*. On avait pris les dimensions du cercueil; la nuit approchait et on comprend les angoisses du jeune prêtre dont l'oreille saisissait les bruits de tous les préparatifs.

Enfin il entend la voix d'un de ses amis d'enfance, et cette voix provoquant chez lui un effort surhumain amène un résultat merveilleux. Le lendemain il pouvait reparaître dans sa chaire. Il est aujourd'hui au milieu de vous (Sensation), vous priant de demander aux dépositaires du pouvoir, non seulement de veiller à ce que les prescriptions légales soient observées mais encore d'en formuler des nouvelles pour prévenir des malheurs trop fréquents et d'une nature irréparable.

Voici maintenant l'argumentation de Lacassagne sur cette histoire dont la réalité a été depuis longtemps discutée. Le professeur lyonnais écrit dans son *Manuel de Médecine légale* (Edition de 1906, pages 307 et 308) : « Brouardel, après avoir reproduit textuellement le compte rendu du *Moniteur*, ajoute : « Avait-on pris une syncope, une inhibition causée par une émotion violente, telle que le fait de prêcher dans une cathédrale, pour une mort apparente? Je ne sais, mais l'histoire doit être tenue pour vraie ». Eh bien, il en est de cette histoire comme de beaucoup d'autres : elle n'est pas exacte, du moins telle qu'elle a

été présentée. Nous avons appris, d'un médecin distingué, parent rapproché de Monseigneur Donnet ce qui s'est passé. Le jeune abbé a eu un évanouissement prolongé. Cette perte de connaissance a provoqué chez ses parents des inquiétudes qu'ils firent plus tard connaître à leur fils. Celui-ci les a acceptées pour vraies, a fini par y croire en les racontant souvent. Vers la fin de sa vie, le Cardinal-Archevêque de Bordeaux, se plaisait à faire venir la conversation sur ce sujet et il narrait alors l'évènement dramatique dans des termes à peu près semblables à ceux qu'il avait employés au Sénat. Nous concluons : « l'histoire ne doit pas être tenue pour véridique ». La légende ira rejoindre la plupart des récits macabres qui nous ont été transmis sur les inhumations prématurées. Quant aux autres faits rapportés par le Cardinal Donnet à la même séance du Sénat, d'accord avec le professeur Duvoir, nous dirons seulement qu'ils nous apparaissent comme la confirmation que l'histoire de l'Archevêque de Bordeaux n'est qu'une légende, car si l'on peut admettre qu'un homme ait assisté au réveil d'un « mort », il semble difficilement admissible qu'il ait pu sauver *trois* personnes d'un cercueil, la rareté exceptionnelle des inhumations prématurées n'étant pas discutée.

Il y a une autre histoire que l'on cite volontiers : celle de l'abbé Prévost.

L'auteur de *Manon Lescaut*, serait tombé « mort » dans les bois de Clamart. Un médecin trop pressé lui ayant ouvert le ventre pour connaître la cause de cette mort inopinée, l'abbé Prévost se serait réveillé, aurait guéri et vécu encore de longues années.

Mais l'abbé Prévost, ayant été précepteur dans la famille Firmin-Didot, Tourdes interrogea les membres de cette famille, avec laquelle il était très lié. Aucun ne s'est rappelé que l'abbé Prévost eût jamais raconté cet épisode de sa vie, cependant mémorable pour qu'il ait dû en garder le souvenir.

Le cas de Vésale est célèbre :

Vésale pratiquait l'autopsie d'un gentilhomme de la Cour de Philippe II: la poitrine était ouverte ainsi que le péricarde et, au moment où le cœur était mis à nu, on y vit un mouvement qui témoignait que la vie était encore présente.

Vésale fut mis en accusation et n'échappa que par la faveur de Philippe II à la sentence de mort prononcée contre lui: il dut s'exiler à Jérusalem.

Il est aujourd'hui bien prouvé que cette histoire de Vésale n'est qu'une fable; elle a été réfutée nettement par Hernandez Morejon compatriote de Vésale, et par Burggraeve », Thoinot qui rapporte cette histoire, affirme que Vésale n'a jamais été jeté dans les cachots de l'Inquisition et que c'est lui-même qui

demanda à Philippe II l'autorisation d'aller en Terre Sainte.

Voici encore une histoire à peu près du même genre que la précédente :

Un célèbre accoucheur, Philippe Peu, avait été appelé pour pratiquer l'opération césarienne chez une femme qui venait de mourir au terme de la grossesse; il s'assura par les moyens ordinaires que la femme était bien morte; il ne trouva nul souffle de vie, nul battement dans la région du cœur, mais au moment où il portait l'instrument sur elle, la femme tressaillit, grinça des dents et remua les lèvres, elle vivait encore. La terreur de Peu fut si grande, qu'il se jura de ne plus jamais recommencer semblable opération.

L'ouvrage de *Bruhier* contient une remarquable collection de fables relatives à la mort apparente. On y trouve en particulier une série d'histoires fantastiques où l'on voit des submersions extraordinaires durant non seulement quelques heures, mais trois, huit et quinze jours, tout en laissant le sujet parfaitement vivant.

On y lit encore une collection d'observations où les femmes sont enterrées avec leurs bijoux, un voleur survient, viole la tombe, arrache les bagues de la morte, lui coupe au besoin le doigt; et celle-ci se réveille en poussant un cri. Dans une observation même, le voleur, en voyant ressusciter sa victime fut

saisi d'une telle frayeur qu'il en mourut lui-même. Voici l'histoire d'un gentilhomme normand au temps de Charles IX, qui semble avoir eu la triste spécialité des tribulations posthumes.

François de Cívile, gentilhomme normand, racontait, et Bruhier a pieusement recueilli cette histoire, qu'il fut trois fois mort, trois fois enterré, et trois fois ressuscité par la grâce de Dieu. Non moins extraordinaire d'ailleurs que ces trois morts successives était l'histoire de sa venue au monde. Sa mère mourut enceinte, pendant l'absence de son mari, fut enterrée sans qu'on songeât à soulever l'enfant par l'opération césarienne. Le lendemain, le mari revenant de voyage fit exhumer sa femme, lui fit ouvrir le bas-ventre, d'où l'on tira encore vivant le jeune Cívile.

Louis rapporte une observation qui ne comporte pas toutes les garanties, mais mérite d'être citée :

Un religieux chargé de veiller sur le corps d'une jeune fille admirablement belle, qu'on croyait morte, ne put résister aux désirs que faisait naître en lui sa vue. La jeune fille revint à la vie et grand étonnement elle devenait neuf mois après mère d'un enfant. Le religieux avoua être le père, et se fit relever de ses vœux pour l'épouser.

L'une des plus délicieuses fables que l'on puisse raconter est celle qu'à rapportée Bonchut (d'après Lenormand). En voici le résumé :

M. de Sézanne aimait Mlle Olmond dont il demanda la main, les parents la lui refusèrent, car il devait partir en Amérique; il partit en effet, et deux ans après le bruit de sa mort courut à Paris. Mlle d'Olmond épousa M. d'Alban dont elle eut une fille. Bientôt après, elle tomba malade et mourut rapidement. M. d'Alban se rendit régulièrement sur sa tombe. Lors du cinquième anniversaire de la mort de sa femme, alors qu'il était près du tombeau, il aperçut à quelques pas de lui une jeune femme si semblable à celle qu'il avait perdue qu'il resta frappé de stupeur pendant que celle-ci s'enfuyait. Il cherche à connaître quelle est cette femme, il apprend qu'elle est une Italienne venue en France avec son mari, M. de Sézanne; il s'inquiète, obtient l'autorisation de faire ouvrir le cercueil de sa femme et trouve le cercueil vide. Il s'adresse au Parlement; il y fait la preuve que M. de Sézanne n'était pas mort, qu'il était venu à Paris cinq ans auparavant et avait quitté la ville le lendemain des obsèques de Mme d'Alban en compagnie d'une femme voilée. On y fait comparaître Mme de Sézanne en personne, elle se déclare italienne, le prouve par des papiers en règle. M. d'Alban fait comparaître M. d'Olmond, son beau-père, qui objurque Mme de Sézanne de déclarer la vérité et d'avouer qu'elle est bien sa fille; mais celle-ci résiste à toutes les objurgations. M. d'Alban fait alors à bout d'arguments, venir sa fille, celle que sa femme avait mis au monde peu de temps avant sa mort; et le résultat est ce qu'il en attendait: Mme de Sézanne avoue qu'elle est bien Mlle d'Olmond, qu'elle est bien l'épouse de M. d'Alban, et M. de Sézanne raconte toute l'aventure merveilleuse: il était venu en France au moment même où Mme d'Alban mourait; il se rend au cimetière, il veut revoir encore celle qu'il a aimée, même morte; il ouvre le cercueil, embrasse son amie sur les lèvres, celle-ci se réveille et tous deux s'enfuient en Italie.

Voici maintenant l'histoire d'un individu enterré vivant pendant une attaque de catalepsie, et revenu à la vie au moment où on commençait son autopsie.

A la suite d'une attaque de catalepsie, un anglais fut considéré comme mort et cloué dans un cercueil.

Bien qu'ayant perdu la faculté de faire aucun mouvement, il entendait parfaitement tout ce qui se faisait autour de lui: « Il voulait parler, faire un mouvement; mais sa langue était clouée à son palais; et ses membres, qui percevaient parfaitement le contact des couvertures qui l'enveloppaient, enlacés par d'invisibles liens se refusaient à exécuter le moindre mouvement. »

Pendant trois jours entiers son corps resta exposé. Il entendait et comprenait tout ce qui se passait autour de lui, et, de minute en minute, espérait vainement que le charme fatal qui pesait sur lui allait être brisé. La bière cependant fut recouverte, et il entendit bientôt le grincement des clous qui s'enfonçaient lentement dans le bois. Il me serait impossible, écrit-il dans la relation qu'il publia de son aventure, de trouver des termes pour exprimer ce que mon âme contenait alors de terreur et de désespoir. Chaque coup de marteau vibrait douloureusement dans ma tête comme un glas funèbre m'annonçant le destin qui m'était réservé. — Encore si j'avais pu crier, même sans espoir d'être entendu, j'aurais pu pousser quelques gémissements. — Mais non: tandis que ma poitrine et mes épaules étaient écrasées dans un étroit espace, tandis que je sentais ma tête et mes membres meurtris et déchirés par le dur contact et par les aspérités de la bière, il me fallait rester immobile et sans voix.

« Je n'aurais jamais cru que, sans se briser, un cœur peut-être labouré par d'aussi épouvantables angoisses.

Bientôt, on me souleva, on me disposa sur le char funèbre, qui se mit en marche, et on arriva au cimetière. En ce moment, je voulus tenter un dernier effort, mais ce fut en vain. Je me sentis balancer au-dessus de la tombe qui allait m'engloutir, et tandis qu'on me descendait lentement, je distinguai le bruit que faisait le cercueil en froissant les quatre murailles de terre. »

« Quand je fus parvenu au fond de la tombe, j'entendis la voix grave et solennelle d'un ami. Il m'adressait un tendre adieu qui parvint jusqu'à moi, comme un dernier écho des bruits de la terre, et bientôt un fracas épouvantable, qui s'éteignait peu à peu, comme les derniers roulements lointains du tonnerre, m'annonçait que ma tombe venait d'être comblée. Tout était donc fini ! J'étais pour jamais séparé des vivants. Comment ne suis-je pas mort en cet instant horrible.

Des médecins qui voulaient faire quelques expériences sur mon cadavre le déterrèrent et le firent transporter dans un amphithéâtre de dissection, le professeur s'approcha de moi le couteau à la main et me pratiqua une légère incision sur les téguments de la poitrine. Au même instant, une révolution épouvantable s'opéra dans tout mon corps. Je poussai un cri terrible, en même temps que les assistants laissèrent échapper des exclamations d'horreur. Les liens de la mort étaient brisés, j'étais enfin rendu à la vie.

Voici enfin, à titre d'exemple le plus récent, un entrefilet, paru dans le journal du jour, 5 mars 1931.

L'EFFROYABLE AGONIE D'UN BERGER ESPAGNOL
ENTERRÉ VIVANT PAR ERREUR

Malaga, 4 mars.

Dans une propriété de Bobadilla, on trouvait, hier matin, un berger, Frasquito, âgé de quarante-et-un ans, étendu et ne donnant plus signe de vie. Transporté au village, il fut examiné par un médecin qui déclara qu'il était mort. Dans la soirée, on l'enferma, et selon l'usage en Espagne, le cercueil fut placé dans une niche.

Or, ce matin, un maçon travaillant à une niche voisine entendit des cris et des coups sourds. Epouvanté, il s'enfuit alerter les habitants des demeures voisines.

On accourut, on tira le cercueil de la niche. On l'ouvrit. On constata que le malheureux berger avait été enterré vivant et qu'il avait succombé, après une terrible agonie, dans son cercueil. Son corps était retourné et ses mains étaient déchirées par les efforts qu'il avait faits pour tenter de s'évader.

A côté des récits légendaires voici deux histoires authentiques de mort apparente rapportées par Brouardel :

Pendant la retraite de Russie le maréchal Ornano chargeait l'ennemi à la tête d'un escadron, lorsqu'effleuré par un boulet, il tomba de cheval; son officier d'ordonnance lui porta secours, constata qu'il ne donnait plus signe de vie et le fit enfouir sous un tas de neige, n'ayant pas le temps de lui donner une sépulture

plus convenable; il alla ensuite annoncer à Napoléon la mort du général.

Deux heures après, celui-ci venait se mettre à la disposition de l'Empereur et il survécut longtemps à cette singulière aventure.

Brouardel rapporte un autre cas, auquel il donne l'appui de son autorité personnelle :

Il était alors interne à la Pitié. Et comme il arrive encore parfois, la salle de garde vivait en mauvaise intelligence avec la Direction de l'hôpital.

On apporte un jour un petit fumiste de 13 ans qui était tombé du 6^e étage d'un immeuble sur le pavé de la rue. L'enfant avait d'abord été conduit chez un pharmacien, qui l'avait déclaré mort, d'où le refus du directeur de l'hôpital d'accepter le corps. « Est-ce intuition, dit Brouardel, ou est-ce pour faire pièce au directeur, je déclarai que l'enfant était vivant, bien qu'à l'auscultation du cœur je n'aie perçu aucun bruit. »

Il fit mettre l'enfant dans un bain sinapisé où il revint à la vie: il n'avait aucune blessure, ni aucune lésion. La durée de la mort apparente dut être environ une heure et demie.

La littérature

Le thème fourni par les religions et les légendes peut être développé avec mille variations dans le domaine du merveilleux. Et certains poètes ne l'ont point oublié qui ont exalté jusqu'au tragique la ter-

reur de la mort et la crainte de l'ensevelissement prématuré! Et en premier lieu, Edgar Allan Poë (1809-1849), « La grande figure romantique de la littérature américaine » selon l'expression de Cecil Georges Bazille (1), n'a pas manqué d'accueillir dans son esprit macabre un sujet aussi séduisant.

Le poète de la mort ne pouvait qu'accueillir avec satisfaction des idées correspondant aussi bien à sa mentalité : « Aucun homme n'a raconté avec plus de magie..., l'hallucination... ,l'absurde s'installant dans l'intelligence et la gouvernant avec une épouvantable logique » (2).

« Etre enseveli vivant, c'est à coup sûr la plus terrible des extrémités qu'ait jamais pu encourir une créature mortelle! » (3).

Parmi les nombreuses histoires racontées par cet auteur, nous citerons la suivante :

Un des exemples, d'un caractère fort remarquable, et dont les circonstances peuvent être encore fraîches dans le souvenir de quelques-uns de mes lecteurs, s'est présenté il n'y a pas longtemps dans la ville voisine de Baltimore, et y a produit une douloureuse, intense et générale émotion. La femme d'un de ses plus respectables citoyens — un légiste éminent, membre du Con-

(1) Cecil-Georges Bazille : *Introduction aux lettres d'amour à Hélien* (E.-A. Poë), Emile Paul frères, éd., 1924.

(2) Ch. Baudelaire : *Edgar Poë, sa vie et ses œuvres* (ni histoires extraordinaires). C. Lévy, éd., 1926.

(3) L'ensevelissement prématuré, in *derniers contes d'E. Poë*. Traduits par F. Rabbe. Nouv. éd. 1922. Librairie Stock.

grès, — fut atteinte subitement d'une inexplicable maladie, qui défia complètement l'habileté des médecins. Après avoir beaucoup souffert elle mourut, ou fut supposée morte. Il n'y avait aucune raison de supposer qu'elle ne le fût pas. Elle présentait tous les symptômes ordinaires de la mort. La face avait les traits pincés et tirés. Les lèvres avaient la pâleur ordinaire du marbre. Les yeux étaient ternes. Plus aucune chaleur. Le pouls avait cessé de battre. On garda pendant trois jours le corps sans l'ensevelir, et dans cet espace de temps il acquit une rigidité de pierre. On se hâta alors de l'ensevelir, vu l'état de rapide décomposition où on le supposait.

La dame fut déposée dans le caveau de famille, et rien n'y fût dérangé pendant les trois années suivantes. Au bout de ces trois ans, on ouvrit le caveau pour y déposer un sarcophage. — Quelle terrible secousse attendait le mari qui lui-même ouvrit la porte ! Au moment où elle se fermait derrière lui, un objet vêtu de blanc tomba avec fracas dans ses bras. C'était le squelette de sa femme dans son linceul encore intact.

Des recherches minutieuses prouvèrent évidemment qu'elle était ressuscitée dans les deux jours qui suivirent son inhumation, que les efforts qu'elle avait faits dans le cercueil avaient déterminé sa chute de la saillie sur le sol, où en se brisant il lui avait permis d'échapper à la mort. Une lampe laissée par hasard pleine d'huile dans le caveau fut trouvée vide ; elle pouvait bien, cependant avoir été épuisée par l'évaporation. Sur la plus élevée des marches qui descendaient dans cet horrible séjour, se trouvait un large fragment du cercueil, dont elle semblait s'être servi pour attirer l'attention en frappant la porte de fer. C'est probablement au milieu de cette occupation qu'elle s'évanouit, ou mourut de pure terreur ; et dans sa chute, son linceul

s'embarrassa à quelque ouvrage en fer de l'intérieur. Elle resta dans cette position et se putréfia ainsi, toute droite.

« Il serait aisé de multiplier ces histoires nous dit
« plus loin, Edgar Poë, mais je m'en abstiendrai;
« elles ne sont nullement nécessaires pour établir
« ce fait, qu'il y a des cas d'inhumations prématurées.
« En effet, en remuant d'anciens cimetières, on trouve
« des squelettes dans des postures faites pour suggé-
« rer les plus terribles soupçons. Soupçons terri-
« bles en effet; mais destinée plus terrible encore! on
« peut affirmer sans hésitation, qu'il n'y a pas d'évè-
« nement plus terriblement propre à inspirer le com-
« ble de la détresse physique et morale que d'être
« enseveli vivant. L'oppression intolérable des pou-
« mons, les exhalaisons suffocantes de la terre hu-
« mide, le contact des vêtements de mort collés à
« votre corps, le rigide embrassement de l'étroite
« prison, la noirceur de la nuit absolue, le silence res-
« semblant à une mer qui vous engloutit, la présence
« invisible, mais palpable du ver vainqueur, joignez
« à tout celà la pensée qui se reporte à l'air et au ga-
« zon qui verdit sur votre tête, le souvenir des chers
« amis qui voleraient à votre secours s'ils connais-
« saient votre destin, l'assurance qu'ils n'en seront ja-
« mais informés, que votre lot sans espérance est
« celui des vrais morts; toutes ces considérations
« dis-je, portent avec elles dans le cœur qui palpite
« encore une horreur intolérable qui fait palir et re-

« culer l'imagination la plus hardie. Nous ne connais-
« sons pas sur cette terre de pareille agonie, nous ne
« pouvons rêver rien d'aussi hideux dans le royaume
« du dernier des enfers »..

Tandis qu'Edgar Poë, en poète de la mort exploite le thème des hallucinations dont l'enterré vivant est la proie, Balzac se préoccupe surtout de décrire les impressions que peuvent ressentir les hommes à la vue d'un déterré vivant. Pour cela, Balzac cherche d'abord à créer dans l'esprit du lecteur une certaine appréhension du fait macabre, grâce à un choix d'expressions appropriées. Dans son roman du « colonel Chabert », au cours d'une conversation entre clercs, on entend un jugement exprimé par l'un d'eux sur un malheureux passant :

« Il a l'air d'un *déterré*.

— Non réplique-t-on, il a l'air d'un colonel.

— Je suis le colonel Chabert.

— N'êtes-vous pas le colonel Chabert mort à Eylau?

— Lui-même. (*Sensation*)

Le colonel Chabert attend l'avocat.

Il était aussi parfaitement immobile que peut l'être une figure en *cire*. Cette immobilité... complétait le spectacle *surnaturel* du personnage. Le vieux soldat était *sec et maigre*. Son front volontairement caché sous les cheveux de sa perruque lisse, lui donnait quelque chose de *mystérieux*. Ses yeux paraissaient couverts d'une taie transparente... le visage pâle, livide et en lame de couteau semblait mort. Les bords du chapeau rejetaient un sillon noir sur le haut du visage. Cet effet

bizarre faisait ressortir les rides blanches, les sinuosités froides, le sentiment décoloré de cette physionomie cadavéreuse.

Claude Farrère (1), dans son roman « Fumée d'opium », nous décrit d'une manière saisissante, les scènes macabres des cimetières dans le silence de la nuit :

J'entends le bois des cercueils qui craque et qui geint sous l'humidité visqueuse du sol mouillé de pluie. J'entends les bières trop lourdes s'enfoncer lentement, dans la boue gluante, s'enfoncer éternellement. J'entends les chairs pourries grouiller de vermine agile, et les os secs cliqueter lorsqu'ils s'affaissent un à un sur la toile des suaires. Et ce carré clos de murs où quinze cents cadavres sont venus dormir l'un après l'autre, — quinze cents bruits épouvantables s'en échappent et glissent chaque nuit jusqu'à mes oreilles trop fines, — quinze cents gémissements d'outre-tombe dont chacun insinue son grain de folie dans ma tête ruinée.

Ça y est. J'entends les feux-follets qui frôlent les petits ifs. C'est la nuit, la nuit noire. Hein, les cercueils qui géignent ? Entendez-vous ?

Mon Dieu oui, je sais bien ! J'aurais dû le quitter, ce cimetière criard...

Hein ? J'ai entendu... Non, je n'ai pas entendu.

Je n'ai pas entendu. Ce n'est pas vrai qu'un craquement plus fort ait jailli du sol mortuaire. Ce n'est pas

(1) Fumée d'opium. Chap. Hors du silence.

vrai qu'un cercueil se soit ébroué dans sa souille. Ce n'est pas vrai qu'une planche secouée grince encore horriblement contre ses clous inexorables... Parce que si c'était vrai, ce serait le sixième enterré vivant qui agoniserait dans mon cimetière; — le sixième de cette année. Le sixième dont il me faudrait entendre, un à un les gémissements, les hoquets, les râles. Le sixième qui briserait lentement ses efforts moribonds contre le bois solide de sa bière. Le sixième que j'entendrais déchiqueter enfin ses mains débiles — à coup de dents, — et crever, crever de peur et de désespoir. Oui, toute cette atrocité, je l'ai subie cinq fois depuis un an... et je vais l'endurer une fois de plus, parce que, — à quoi bon mentir? C'est vrai: l'enterré vivant remue, j'entends son souffle angoissé, proche encore du sommeil léthargique dont il sort...

Ah oui? Vous croyez, bonnes gens, que ça n'existe pas, que c'est une simple invention de malade ou de romancier, que les tombes sont toujours inertes, et qu'il n'y a pas d'enterrés vivants? Vous croyez imbécilement, sur la foi de morticoles solennels, que la science d'aujourd'hui ne se trompe plus, et qu'elle n'enfouit que des cadavres? Comptez là-dessus et dormez tranquilles, *vous qui pouvez*. Moi, à qui l'opium a donné des oreilles pour entendre, j'entends. Et je sais que sur dix enterrés, il y en a un qui n'est pas mort. Et je sais aussi que son agonie, à celui-là — sa seconde agonie, dépasse en horreur tout ce que votre pauvre tête obtuse peut imaginer d'épouvantable. Vous l'admettez peut-être aussi, cette ânerie des médocastres: que le bonhomme en léthargie, foutu par erreur à six pieds sous terre, ne se réveille qu'à moitié, et reperd dare-dare le sens et le souffle, si tant est qu'il parvienne à les ressaisir une minute.

Tenez, tenez, entendez-vous, la planche qui grince?
Heureusement que la terre est lourde. Il ne sortira pas,
le bougre! Je ne le verrai pas, tout blême et sale de
boue grasse, galoper follement à travers les tombes.
Heureusement!

LES SIGNES DE LA MORT

La distinction de la mort réelle et de la mort apparente se pose quelquefois en pratique, et c'est une question des plus graves puisque une erreur a pour conséquence une inhumation prématurée. On conçoit donc l'intérêt qui s'est de tout temps attaché à la certitude des signes de la mort, on comprend que les médecins se soient à toute époque préoccupés de découvrir les signes donnant une sécurité absolue, et que le législateur ait cherché à prendre les mesures destinées à empêcher les inhumations précipitées.

La mort est caractérisée par la cessation des actes vitaux, mais il faut bien savoir que ces actes si divers ne cessent pas tous en même temps. On a dit à cet effet que la mort n'est pas un moment, mais un processus.

En pratique, on admet que la vie cesse quand la respiration et la circulation sont définitivement éteintes.

Cependant il existe quelques états morbides pouvant simuler la mort parfois de fort près, méritant ainsi le nom de mort apparente, états passagers, dans lesquels toutes les fonctions vitales paraissent abolies.

Divers auteurs ont essayé de donner une définition exacte de l'état de mort apparente, et les définitions des uns ont été controversées par les autres.

C'est ainsi que MENDE a dit de la mort apparente :
« Etat dans lequel la vie continue sans qu'il s'en manifeste aucun signe extérieur, le cœur ne bat plus, la respiration est nulle, le cerveau sans action. »

PARROT a dit de son côté que dans la mort apparente, le cœur ne bat plus de façon appréciable, cet état est caractérisé pour lui par la disparition des signes de la vie, y compris les bruits cardiaques. — C'est le tableau de la syncope vraie.

BOUCHUT conteste cette manière de voir. Pour lui, le cœur n'a cessé de battre que par ce qu'on ne sait pas le consulter, car la vie est incompatible avec la véritable cessation des bruits du cœur. Dans la mort apparente le cœur bat. Toute la vie cesse en apparence, mais le cœur survit en réalité.

Il est bien établi aujourd'hui par les travaux des physiologistes, et par les observations assez nombreuses, des syncopes chloroformiques traitées et guéries par le massage du cœur, que l'arrêt temporaire de la circulation peut exister, *réel* et *total* sans amener la mort.

Il existe donc, peut-on dire, une mort vraie temporaire avec résurrection possible. Mais l'arrêt de la circulation ne saurait se prolonger sans amener l'impossibilité du retour des battements cardiaques, ou sans produire des troubles cérébraux incompatibles avec la survie.

A quel moment se place donc ce qu'on appelle vulgairement la mort? Nous avons déjà vu que la mort n'est pas un moment, mais un processus.

Avant toute extinction de vie, il existe à la période agonique, un ensemble de signes qui annoncent l'issue fatale.

En effet au moment de la mort on voit se produire rapidement des modifications du faciès. Soudain le visage pâlit, les traits se relâchent, la respiration s'éteint, et le pouls cesse de battre.

Ces modifications des traits pendant la phase agonique, qui traduisent la souffrance, la lutte entre la vie et la mort sont connues sous le nom de *facies hippocratique*, dont nous reproduisons ici la description donnée par cet auteur : « Front ridé et aride, yeux caves, nez pointu, lèvres bordées d'une couleur noirâtre, tempes affaissées, creuses et ridées; oreilles retirées en haut, lèvres pendantes, pommettes enfoncées, menton ridé et racorni, peau sèche et livide ou plombée, poils des narines et des cils parsemés d'une sorte de poussière d'un blanc terne, visage quelquefois contourné ou méconnaissable. »

Telle est l'altération de la physionomie humaine aux approches de la mort; et soudain l'expression se modifie et s'immobilise, la face devient cadavérique; prend une teinte jaunâtre, une pâleur de cire, les muscles s'affaissent, les lèvres tombent et blanchissent, la mâchoire inférieure s'abaisse, les paupières s'entr'ouvrent et les traits immobiles ont le calme de la mort.

Quand la mort a fait son œuvre, apparaissent les signes qui permettent de faire le diagnostic de la mort.

Le diagnostic de la mort repose sur :

1° Des signes de probabilité;

2° Des signes de certitude.

Les signes de probabilité, les premiers apparus chez le cadavre, sont en rapport avec la suppression des grandes fonctions vitales (suppression de la circulation et de la respiration) et n'ont malheureusement qu'une valeur relative.

Les signes de certitude, en rapport avec les modifications chimiques qui se produisent dans les tissus du cadavre sont d'apparition tardive, mais d'une valeur absolue.

I. — SIGNES DE PROBABILITÉ

Les signes de probabilité sont nombreux, c'est dire qu'aucun d'eux à lui seul n'a une valeur absolue. Nous allons en faire l'exposé :

A. — SYSTÈME CIRCULATOIRE

Nous avons vu qu'au moment de la mort les fonctions vitales s'arrêtent les unes après les autres, mais généralement à bref intervalle (c'est l'arrêt du cœur qui est en physiologie considéré comme indiquant la mort).

a) *Epreuve de Bouchut*

L'arrêt du cœur bien constaté à l'auscultation s'implique de façon absolue pour cet auteur la cessation de la vie.

Nul état morbide chez l'homme ou les animaux les plus élevés de l'échelle n'a la puissance de suspendre les mouvements du cœur, leur interruption est impossible; et au-delà de dix à vingt minutes elle doit être

considérée comme le signe de leur cessation définitive, l'absence complète des battements du cœur pendant vingt minutes à l'auscultation devient de ce fait un signe immédiat et certain de la mort. (Bouchut. Traité des signes de la mort).

Des critiques justifiées ont été faites au signe de Boucput, nous les discuterons au chapitre du diagnostic. Les autres épreuves qui s'adressent à la circulation sont :

b) *L'akidopierastie*, sorte d'enregistrement automatique de l'absence des battements cardiaques.

L'épreuve consiste à enfoncer dans le cœur à travers la paroi thoracique au niveau du 5^e espace intercostal une aiguille en platine ou acier, l'extrémité libre reste-t-elle immobile, c'est que le cœur a cessé de battre.

c) *Signe d'Einthoven*. — A l'électrocardiogramme on enregistre pas le courant dû à la contraction ou muscle cardiaque.

d) *L'artériotomie*, consiste à faire la section d'une artère (radiale, temporale, ou humérale), l'absence de tout écoulement sanguin indique l'arrêt du cœur. Si la circulation venait à se rétablir, l'issue du sang artériel avertit l'entourage que l'individu était seulement en syncope.

Nous verrons que ce signe est inutile, inapplicable en pratique courante et présente certains inconvénients.

e) *Le signe de Magnus*, repose sur la coloration que prend un membre lié sur le vivant dans la partie au-dessous de la ligature, le lien met obstacle à la circulation de retour, d'où la coloration rouge-bleu des téguments plus ou moins intense qui n'existe point lorsque l'on fait la même expérience sur le cadavre. La partie la plus favorable à l'expérience est un doigt.

f) *Le signe de Donné*, repose sur ce fait que la partie liquide du sang restant dans les vaisseaux après la mort est incapable de se coaguler; il suffit donc pour s'assurer de la mort, d'ouvrir une veine, de recueillir le sang dans un verre de montre et d'observer s'il y a ou non coagulation. Cette manœuvre présente les mêmes inconvénients que l'artériotomie. Du reste, elle n'est pas strictement exacte, car le sang retiré des vaisseaux sur le cadavre à une époque rapprochée de la mort, peut parfaitement se coaguler.

g) *Signe de Boudinin*. — Une ventouse sèche appliquée au creux de l'estomac n'amène pas d'extrovasation sanguine.

La ventouse scarifiée n'amène pas de sang.

h) *L'épreuve d'Icar* est fort ingénieuse, elle est absolument inoffensive et aurait même pour son auteur une valeur absolue.

Elle consiste à injecter dans les muscles ou même sous la peau du mort présumé une solution alcaline de fluorescéine. On injecte 15 à 20 centimètres cubes de la solution suivante:

Eau distillée	28 cc.
Ammoniaque liquide	14 cc.
Fluorescéine	17 grammes

Si la mort est réelle, la circulation suspendue, la substance colorante non absorbée reste sur place. Si la mort n'est qu'apparente, la circulation ne saurait être suspendue que pour un temps fort court, la fluorescéine sera donc absorbée, véhiculée, le sujet présentera une jaunisse cutanée intense, et les milieux de l'œil se colorant en vert, il semblera qu'une magnifique émeraude soit enchâssée dans l'orbite. La coloration est instantanée avec l'injection intraveineuse, un peu plus lente avec l'injection intramusculaire.

i) *Lividités cadavériques.* — L'un des signes qui ont le plus de valeur pour le diagnostic de la mort consiste dans l'apparition des lividités ou ingillations cadavériques. Le sang gagne les parties déclives, traverse les parois des vaisseaux et imbibé les tissus. De larges tâches roses ou violacées peuvent alors être aperçues si le cadavre est couché sur le dos, au niveau de la région lombaire, des omoplates et sur les parties latérales du tronc. Ces lividités font toutefois défaut au niveau des fesses, des épaules qui supportent le poids du cadavre.

Dans les premières heures qui suivent la mort, les lividités se déplacent lorsqu'on retourne le cadavre; plus tard elles persistent l'hémoglobine infiltrant plus profondément les tissus.

Les lividités n'ont jamais fait défaut sur 15.000 cadavres examinés à ce point de vue par Molland.

Elles pourraient manquer cependant chez les individus qui ont succombé à une hémorragie abondante. Par contre, chez les cholériques et les malades qui succombent par asphyxie elles apparaissent parfois avant la mort,

B. — SIGNES TIRÉS DE LA CESSATION DE LA RESPIRATION

Déjà à une époque très lointaine on a proposé différentes épreuves.

Voici en quoi ces épreuves consistent :

L'ÉPREUVE DE LA BOUGIE.

L'épreuve de la bougie consiste à présenter la flamme d'une bougie à la bouche et aux narines du mort présumé, si la flamme vacille, la vie n'est pas entièrement éteinte, dans le cas contraire la mort est certaine.

L'ÉPREUVE DU BRIN DE COTON

L'épreuve du brin de coton. — La deuxième est basée sur le même principe, on se sert dans ce cas d'un brin de coton.

L'ÉPREUVE DU MIROIR

L'épreuve du miroir, consiste à placer une glace devant la bouche de l'individu, s'il respire encore l'air expiré chargé de vapeur d'eau vient frapper la glace qui se ternit.

Ce sont là des épreuves trop simplistes et erronées, mais auxquelles le vulgaire attache une grande confiance.

On doit systématiquement rejeter ces trois épreuves, car on sait que la respiration est souvent abolie chez les individus qui ne sont qu'en état de mort apparente, alors que chez le cadavre peut se produire dans l'abdomen une pression due à la putréfaction. Cette dernière repousse le diaphragme qui chasse l'air de la poitrine et peut produire de ce fait la formation de buée sur la glace, ou faire vaciller la flamme.

C. — SIGNES TIRÉS DE L'ABOLITION DE LA SENSIBILITÉ

Les épreuves qui s'adressent à la sensibilité sont multiples :

La cautérisation au fer rouge;

La cautérisation à la cire;

La brûlure à l'eau bouillante.

La flagellation même dont Rhases se faisait l'apôtre. Ce célèbre médecin arabe faisait frapper vigoureusement de verges la plante des pieds des individus qu'il supposait en état de mort apparente; il aurait ainsi à Cordoue rappelé à la vie un faux mort.

L'objection capitale à faire à toutes les épreuves, c'est outre la brutalité de quelques-unes d'entre elles, que certains états entraînant la mort apparente compte la perte de la sensibilité sensitivo-sensorielle au nombre de leurs symptômes. C'est ainsi qu'au cours

du coma on note l'abolition de la sensibilité et de la motricité, mais les grandes fonctions vitales sont conservées.

Il en est de même de certaines hystériques qui pensent présenter une anesthésie généralisée. Elles ne réagissent plus aux piqûres d'épingles et même à des excitations plus violentes, telles que celles qui résultent du pincement du mamelon à l'aide d'une pince à griffe (signe de la mort pour Josat).

De même les hystériques peuvent rester insensibles aux excitations sensorielles de l'odorat (gouttelette d'éther projetée sur les narines), ainsi qu'aux excitations auditives ou visuelles.

D. — ABOLITION DE LA MOTILITÉ

La perte du tonus musculaire entraîne la résolution musculaire, le faciès cadavérique, la chute de la mâchoire inférieure, le relâchement des sphincters, et la dilatation pupillaire, chute du maxillaire inférieur.

Le relâchement des masseters entraîne la chute du maxillaire inférieur et l'ouverture de la bouche. Ce signe est bien connu du vulgaire, aussi est-il de coutume d'appliquer un bandeau qui maintient la mâchoire inférieure contre la mâchoire supérieure jusqu'à l'apparition de la rigidité cadavérique.

E. — RELACHEMENT SIMULTANÉ DES SPHINCTERS

Au moment de la mort, les muscles qui servent à fermer, à resserrer les orifices naturelles du corps se relâchent. C'est ainsi que le relâchement du sphincter anal amène l'issue des matières fécales, et que l'urine s'écoule par l'urèthre par suite du relâchement du sphincter vésical.

Les gens du peuple expriment ce fait en disant que le corps se vide. Ce signe de la mort est assurément un bon signe, mais il n'est point un signe certain, car le relâchement de tous les sphincters se produit dans certaines agonies, — alors que le cœur bat encore. De même certaines affections nerveuses peuvent entraîner le relâchement des sphincters.

La présence du sperme dans l'urètre des cadavres est également un phénomène dû au relâchement sphinctérien. La fréquence du phénomène est grande.

Dervieux qui a fait sur ce point l'étude la plus complète a trouvé que sur 170 cadavres pris en série 83 seulement ne présentaient pas de sperme dans l'urètre.

APPAREIL VISUEL

Les modifications observées au niveau de l'appareil visuel ont été considérées comme des signes de grande valeur,

1° *Dilatation pupillaire.*

Ce signe sur l'importance duquel insistait beaucoup M. Bouchut, a été indiqué pour la première fois par Haller. Pendant l'agonie la pupille se contracte avec force; au moment de la mort elle se dilate considérablement et reste dilatée pendant plusieurs heures, pour finir par se rétrécir.

Si cette dilatation se produisait constamment au moment de la mort, elle constituerait un signe extrêmement précieux. Malheureusement il n'en est rien. Certaines affections cérébrales amènent, en effet, la dilatation de la pupille pendant l'agonie. On peut l'observer également au cours de quelques intoxications.

2° *L'affaissement du globe oculaire et la formation d'une toile glaireuse sur la cornée.*

L'arrêt de la circulation entraîne rapidement l'affaissement du globe oculaire. Bientôt la cornée va perdre sa transparence pour se recouvrir d'une toile glaireuse. En effet, après la mort, et souvent pendant l'agonie, l'œil perd son éclat et la cornée sa transparence.

Le phénomène est bien connu du public.

La toile glaireuse a été décrite par Louis, « chez les agonisants elle annonce la mort », « voilà qui est fait,

les yeux sont crevés », dit-on en Danemark, ainsi que le rapporte Winslow, originaire de ce pays.

A Metz, on dit en voyant la toile glaireuse se former sur l'œil des mourants : « Il n'y a plus d'espérance, le larmier est rompu. » (Louis, lettres sur la certitude des signes de la mort. Paris, 1788).

L'affaissement du globe oculaire a été signalé et regardé par Louis comme un signe indubitable de la mort.

Les yeux des morts deviennent flasques en fort peu d'heures, il n'y a aucune maladie, aucune révolution dans le corps humain vivant qui soit capable d'opérer un tel changement. Ce signe est vraiment caractéristique, (Louis).

Il est démontré maintenant que ce signe est sans valeur.

« On sait, dit Orfila, que les personnes asphyxiées, dont les yeux étaient flasques, enfoncés, et couverts d'une toile glaireuse ont été rappelées à la vie ».

On observe de même l'affaissement du globe oculaire et la toile glaireuse dans le choléra asiatique plusieurs heures avant la mort.

De son côté le docteur Josal a vu des malades vivre plus de huit jours après le ramollissement du globe oculaire et la formation de la toile glaireuse.

Un autre signe plus objectif, c'est l'ouverture des yeux.

« Personne ne meurt les yeux fermés » suivant le dicton général.

L'ouverture des paupières est en effet un phénomène commun sur les cadavres, mais non constant, il s'en faut, et n'a pas la valeur absolue qu'on lui a attribué.

La question de l'ouverture des paupières après la mort fut posée en 1878 au Congrès de médecine légale.

Un magistrat avait interrogé Devergie sur le fait suivant: une personne âgée n'ayant avec elle qu'une gouvernante qui avait à sa disposition toutes les clés de la maison, vient à mourir. On prévient l'héritier, un neveu, qui en entrant dans la chambre de la morte est frappé de lui voir les yeux fermés.

Il se rend auprès du meuble où devait se trouver des valeurs immobilières, tout est soustrait.

La gouvernante est accusée d'avoir fermé les yeux à la défunte et de s'être emparée des valeurs et de l'argent contenus dans le tiroir.

Un juge d'instruction fut commis, lequel allait poser à un médecin légiste la question de savoir si l'on pouvait mourir les yeux fermés, lorsque la preuve de la culpabilité de la gouvernante fut acquise par les moyens judiciaires ordinaires.

Devergie pria Galezowski de faire quelques recherches sur ce point, et celui-ci présenta au Congrès un

mémoire fort dubitatif aboutissant à la conclusion que le signe des yeux fermés n'a aucune valeur médico-légale.

BOUCHUT a indiqué une série d'épreuves ophtalmologiques donnant de précieuses indications sur la réalité de la mort.

L'artère centrale de la rétine se vide au moment de la mort et cesse d'être visible. Les veines rétiniennes se vident à moitié de sang, s'affaissent, la colonne sanguine se brise et entre ses fragments, s'accumulent les bulles de gaz du sang mis en liberté. La papille optique ne se détache plus sous le relief des vaisseaux désormais vides, et la choroïde perdant sa couleur rouge devient blanchâtre, nacrée, ou grise comme du plomb terni !

Tous ces changements se constatent aisément à l'ophtalmoscope, mais il faut un ophtalmoscope et un ophtalmologiste, c'est-à-dire des conditions pratiques difficiles à remplir ordinairement.

II. — LES SIGNES DE CERTITUDE

Au bout de quelques heures après la mort surviennent des modifications profondes chez le cadavre, dont l'ensemble porte le nom de phénomènes cadavériques.

Ces transformations des corps des cadavres vont donner naissance à une série de signes de plus grande valeur, qui permettent à coup sûr de poser le diagnostic de la mort.

Néanmoins, ces signes si divers n'ont pas tous une égale valeur absolue comme signe certain de la mort, quelques-uns, en effet, pris isolément, sont insuffisants pour trancher le diagnostic de la mort. D'autres, au contraire, tels : la rigidité cadavérique, le refroidissement du corps, et surtout la putréfaction, lèvent tous les doutes, mais assez tardivement il est vrai.

LES PHÉNOMÈNES CADAVERIQUES

Les cadavres sont le siège de modifications profondes qui sont dues surtout :

1° A la cessation des fonctions vitales, ce qui entraînent :

a) des phénomènes surtout physiques :

Refroidissement;

Déshydratation;

Hypostases.

b) des phénomènes d'auto-transformation :

Rigidité cadavérique;

Coagulation du sang;

Autolyse.

2° A l'intervention des microbes et des insectes.

Seules les modifications cadavériques ayant un intérêt en pratique courante seront étudiées ici.

I. — REFROIDISSEMENT CADAVÉRIQUE

Avec la mort commence le refroidissement du corps. C'est là un signe d'une importance capitale.

Le corps se refroidit plus ou moins rapidement, suivant la température ambiante, suivant le milieu où se trouve le cadavre, et suivant les sujets. Quelques particularités sont toutefois intéressantes à connaître : la température centrale peut être abaissée chez certains agonisants et chez les commotionnés et

inversement la température peut s'élever après la mort dans certaines affections, telles : le choléra, les infections aiguës hyperpyrétiques (variole, scarlatine, fièvre typhoïde), dans l'insolation, dans le tétanos, et surtout les affections du système nerveux (méningite tuberculeuse, l'épilepsie et les lésions médullaires).

C'est ainsi qu'on a cité cinquante-cinq minutes après la mort par tétanos une température de 48°5. Toutefois en dehors de ces exceptions la température décroît d'une façon assez régulière après la mort.

Le temps nécessaire au refroidissement total du corps, c'est-à-dire à la mise en équilibre avec la température extérieure est assez long. Toutes les parties du cadavre ne se refroidissent pas également vite; ce sont d'abord les tissus périphériques qui tendent à se mettre en équilibre avec le milieu ambiant. Le refroidissement débute en premier lieu aux pieds, aux mains et au visage; puis viennent ensuite les membres et le tronc, en dernier lieu, les aisselles, les parties latérales du cou.

La température axillaire décroît très rapidement; la température rectale plus lentement.

L'équilibre est atteint seulement au bout d'un temps plus ou moins variable, mais voisin de 24 heures. Guillemot (Thèse de Paris, 1878. Du refroidissement cadavérique), étudiant le refroidissement par rapport à la température ambiante a donné en moyenne les chiffres suivants :

30 heures pour les cadavres des salles dont la température est de 20°;

40 heures pour les cadavres des salles dont la température est de 10°;

50 heures pour les cadavres des salles dont la température est de 5°.

Il s'ensuit d'après ces observations que le temps nécessaire au refroidissement total du corps est d'autant plus long que la température extérieure est plus basse. En dehors de ce facteur primordial la courbe de température des cadavres est influencée par d'autres causes. Cette chute peut être accélérée ou retardée, suivant la constitution, l'âge du sujet, et la maladie qui a déterminé la mort.

C'est ainsi que les sujets obèses conservent leur chaleur plus longtemps que les maigres, et à ce propos Hofmann cite le cas du cadavre d'une femme pesant 300 kilos qui était aussi chaud au toucher onze heures après la mort, que d'autres cadavres le sont ordinairement deux heures après.

Les cadavres des enfants et des vieillards se refroidissent plus vite que ceux des adultes. Un cadavre de nouveau-né ou de très jeune enfant est souvent froid cinq heures après la mort.

Les cadavres des sujets ayant succombé à des maladies chroniques cachectisantes se refroidissent plus vite que ceux des sujets ayant succombé à des maladies aiguës.

Dans les divers empoisonnements on observe des oscillations thermiques variables. C'est ainsi que les grandes élévations thermiques accompagnent les in-

toxications par les poisons convulsivants comme la strychnine et la nicotine; tandis qu'on observe le phénomène contraire dans les poisons à collapsus avec algidité comme l'arsenic et le phosphore.

Enfin, chez les individus qui succombent dans le sommeil de l'ivresse la température très basse pendant l'agonie, s'élève de 5 et même de 10 degrés après la mort.

En résumé l'étude de la température n'a pas une très grande valeur, car le refroidissement est influencé par de nombreuses causes, telle que la température ambiante et la façon dont est vêtu le cadavre.

Bien plus, dans certaines maladies (choléra, tétanos, etc.), la température s'élève après la mort, tandis que dans certaines agonies et chez les commotionnés la température est assez basse.

Quoiqu'il en soit la température du cadavre est un élément de certitude de la mort lorsque le thermomètre placé dans le rectum n'atteint pas 30 degrés.

II. — DÉSHYDRATATION

Au bout de quelques heures, en effet, l'arrêt de la circulation permet la dessication des tissus superficiels, le cadavre va subir une évaporation que rien ne vient plus compenser.

Cette déshydratation se marque par plusieurs phénomènes intéressants qui sont : la perte du poids, le parcheminement cutané, la dessication des muqueu-

ses et les phénomènes oculaires. Nous n'étudierons que ceux qui ont un intérêt en pratique.

a) *Parcheminement de la peau*

Toute zone cutanée excoriée par frottement, compression, etc... immédiatement après la mort ou sur le cadavre, c'est-à-dire, toute zone privée de son épiderme, se dessèche rapidement et prend un aspect parcheminé sous la forme d'une plaque jaune, sèche, épaisse.

Il existe des *parcheminements spontanés* par exemple au niveau du scrotum, et des parcheminements dus à la *compression* qui exprime les liquides organiques et hâte la dessiccation sans excoriation.

Comme épreuves s'adressant à la peau citons :

Le signe de Chavigny et Simonin. — Une goutte d'acide sulfurique sur la peau, ne donne pas d'escarre noire, mais provoque la formation d'une bulle translucide et ambrée sur une zone de parcheminisation.

L'épreuve de Laborde repose sur l'absence d'oxydation des aiguilles d'acier plongées dans les tissus.

Lorsque, a dit *Laborde* après une attente d'au moins une demie heure, l'aiguille est retirée nette et sans une couche d'oxydation à la surface, c'est-à-dire sans qu'elle ait perdu son éclat métallique la mort est réelle.

BOUCHUT a contesté avec juste raison ce signe de la mort.

b) *Dessication des muqueuses.*

La dessication cadavérique se fait spontanément aux lèvres, surtout chez les jeunes enfants; elle forme un liseré brun rougeâtre ou brun noirâtre, dur au toucher, qui ne doit pas être attribué à l'action d'un caustique ou à une occlusion de la bouche.

c) *Phénomènes oculaires.*

Aux yeux la dessication produit des phénomènes capitaux qui ont depuis longtemps fixé l'attention des observateurs. La plupart des signes oculaires sont surtout d'apparition précoce, nous les avons signalés dans les pages précédentes, il ne nous reste plus qu'à étudier l'importance rattachée à la tâche scléroticale comme signe de la mort.

La tâche scléroticale a été bien décrite par Larcher, qui crut la découvrir (Mémoire adressé à l'Académie des Sciences le 10 mars 1862. Archives générales de médecine, 1862). Elle consiste d'abord en une simple tache noire, peu apparente, puis en une tache plus étendue, presque toujours de forme ronde ou ovale, rarement triangulaire.

La tâche de la sclérotique apparaît toujours sur le côté externe du globe de l'œil, plus tard une autre

tâche de même aspect et de même nature, en général plus prononcée, vient occuper le côté interne du même organe parallèlement à la première; plus tard encore, ces deux tâches qui s'étendent transversalement se rapprochent de plus en plus et leur réunion constitue plus ou moins vite un segment d'ellipse à convexité inférieure.

Pour Larcher la tache scléroticale était d'une grande constance, et d'apparition plus précoce que les lividités cadavériques.

Sommer qui l'a décrite le premier (en 1833), dans son mémoire « *De signis mortem hominis absolutam ante putredinis accessum indicantibus* », et Niderkorn qui a pu consulter le mémoire a transcrit dans sa thèse le passage suivant de Sommer : « Le plus grand nombre des hommes qui meurent ont les paupières demi-closes et aussitôt après la mort la sclérotique paraît encore blanche et de teinte uniforme, mais si on revoit quelques heures après (2 à 3 heures) les choses ont changé.

La partie qui correspond à la fente palpébrale a acquis une couleur plus rousse, tandis que celle qui reste couverte par la paupière garde sa couleur naturelle.

Des expériences facile à instituer faites déjà par Sommer, répétées par Muller, à Strasbourg, montrent qu'on la provoque à volonté et où l'on veut, ou qu'on empêche sa production, en découvrant ou en cachant sur le cadavre telle ou telle région de la sclérotique.

III. — RIGIDITÉ CADAVÉRIQUE

La rigidité cadavérique est un des phénomènes cadavérique le plus constant. Elle n'avait pas échappé aux observations des anciens, et déjà, en effet, Zacchias l'a signalé au Lib. IV de ses *Questiorum medico-légali*um, où il dit : « *Membra in mortuo rirido evadunt nullo modo flexibilia.* » Mais tout le mérite d'avoir mis en lumière la rigidité cadavérique, d'en avoir dégagé l'extrême importance revient à Louis (Lettres sur la certitude des signes de la mort. Paris, 1788).

La constance absolue du phénomène a été affirmé par Louis, « Des recherches faites avec toute l'exactitude dont je suis capable et que j'ai suivies pendant plusieurs années sans interruption m'ont fait voir sur plus de 500 sujets qu'à l'instant de la mort, les articulations commencent à devenir roides, même avant la diminution de la chaleur naturelle. »

La rigidité cadavérique existe même chez les fœtus morts dans le sein de leur mère. La thèse de Dagincourt (1880) contient neuf observations, empruntées à divers auteurs, de fœtus expulsés morts et en état de rigidité. D'après les observations de Dagincourt les membres des fœtus en rigidité avaient conservé la position qu'ils ont en état de repos dans l'utérus : poings fermés, avant-bras fléchis sur le bras, bras ramenés sur la poitrine, tous les segments des membres inférieurs fléchis les uns sur les autres.

La rigidité cadavérique, absolument constante, est

un phénomène uniquement *musculaire*. Elle a pour siège les muscles et eux seuls. On peut en effet couper les ligaments, les capsules articulaires d'un membre sans faire obstacle à la rigidité. Elle provoque un raccourcissement musculaire analogue à la contraction vitale. Les muscles sont le siège d'une dureté particulière, les membres deviennent rigides, les articulations inflexibles, et le corps entier se raidit parfois à ce point que le cadavre peut être soulevé d'une seule pièce par une de ses extrémités comme une planche.

C'est ainsi que la mâchoire inférieure relâchée après la mort se relève et s'applique contre la mâchoire supérieure; le pouce et l'index se rapprochent, les doigts se serrent dans la paume de la main, et les avant-bras se fléchissent. Les muscles de la vie organique sont atteints également par la rigidité. La peau prend de même un aspect en chair de poule (peau anserine) et les vésicules séminales expulsent le sperme qu'elles contiennent. La rigidité cadavérique débute, se généralise et disparaît plus ou moins rapidement, et elle est plus ou moins intense suivant les cas. Toutefois, quelques lois générales ont pu être reconnues. Le plus souvent l'apparition est d'autant plus tardive, l'intensité d'autant plus grande et la durée d'autant plus marquée que le système musculaire est moins lésé au moment de la mort. La rigidité sera donc plus importante chez les sujets musclés, robustes et surpris par la mort; elle sera au contraire précoce, mais faible chez les individus succombant après une maladie cachectisante.

D'une manière générale la rigidité cadavérique apparaît toujours à une époque rapprochée de la mort, mais variant dans une large mesure. C'est ainsi que Sommer disait qu'elle n'apparaissait pas plus tôt que dix minutes après la mort, ni plus tard que sept heures après. Tourdes indiquait de six à onze heures après la mort. Maschka évalue le temps à trois heures après la mort, il ne l'a jamais vue avant une heure et demie, ni après six heures, bien qu'il admet les apparitions tardives après seize heures et dix-huit heures signalées par les différents auteurs.

Toutefois le tétanos, l'empoisonnement par la strychnine, sont la cause de rigidités à la fois précoces, longues et intenses. En outre, le froid augmente la rigidité.

On voit par conséquent que l'évolution de la rigidité cadavérique dépend de plusieurs facteurs.

Cependant dans l'immense majorité des cas on peut admettre d'après les observations des auteurs, et surtout celles de Niderkorn que la rigidité cadavérique est complète à partir de la cinquième à la sixième heure.

Quelquefois elle le serait entre la sixième et la dixième heure.

Elle serait tardive à partir de la dixième heure et très tardive à partir de la seizième heure.

L'envahissement et le mode d'extension se fait le plus souvent suivant un ordre descendant : la mâchoire inférieure est prise dès le début de la rigidité cadavérique, et le plus souvent avant tout autre arti-

culatation; c'est du reste à la mâchoire inférieure que la rigidité atteint son maximum d'intensité. Vient ensuite la nuque, le tronc, enfin les membres supérieurs, puis inférieurs.

Cet ordre n'a d'ailleurs rien d'absolu et l'inverse peut se voir.

Reste à signaler une propriété toute spéciale à la rigidité cadavérique, c'est que, lorsqu'elle a été vaincue mécaniquement, elle ne se reproduit plus : « Quand on a forcé une articulation rigide, le membre devient indifférent à tel ou tel mouvement. Il reprend toute sa souplesse et suit désormais les règles du mouvement des corps inanimés. » (Louis.)

Cela n'est vrai d'ailleurs qu'à la période d'état de la rigidité; les articulations forcées mécaniquement au début de l'évolution de la rigidité, pendant les cinq ou six premières heures redeviennent ensuite rigides dans les quatre à six heures suivantes.

Diagnostic de la rigidité

La rigidité cadavérique ne saurait guère être confondue qu'avec une contraction musculaire sur le sujet encore vivant; l'erreur est bien facile à éviter avec un peu d'attention.

Le diagnostic de la rigidité cadavérique peut encore offrir quelques difficultés superficielles avec la congélation du cadavre. Mais dans la rigidité, les muscles seuls présentent de la dureté, dans la congélation la

rigidité est généralisée à tous les tissus, téguments, tissus sous-cutanés qui présentent la même dureté que les masses charnues.

IV. — SPASME CADAVERIQUE

L'étendue de la rigidité cadavérique appelle l'étude du spasme cadavérique, ou rigidité cataleptique des Allemands.

On appelle spasme cadavérique, une rigidité cadavérique particulière succédant sans transition à une contraction vitale ultime et fixant instantanément et sans modification cette contraction sur le cadavre. Il y a une différence capitale entre la rigidité précoce et le spasme cadavérique : dans la rigidité précoce, l'apparition du phénomène est toujours précédée d'un relâchement musculaire cadavérique, relâchement de durée d'autant plus courte que la rigidité survient plus hâtivement; dans le spasme cadavérique, au contraire, contracture vitale musculaire et rigidité cadavérique du ou des muscles intéressés se succèdent immédiatement, sans transition, sans aucun relâchement intermédiaire. Il en résulte que la rigidité précoce, si hâtive soit-elle, ne saurait fixer une position prise dans les derniers moments de la vie, si cette position est contraire aux lois de la pesanteur, puisque le relâchement musculaire cadavérique intervient pour détruire cette position.

Dans le spasme cadavérique, au contraire, la face

conserve son expression et le corps son attitude, même si elle est contraire aux lois de la pesanteur.

Le spasme cadavérique peut être généralisé ou localisé. Généralisé, le spasme fixe le corps tout entier dans l'attitude prise au moment ultime de la vie, localisé il fixe l'attitude qu'une contraction musculaire donnait à ce moment à une partie isolée du corps.

Spasme généralisé

Les faits les plus curieux ont été observés sur les champs de bataille, mais les observations de la pratique courante en ont montré de tout aussi probants.

En 1880, Arnaud a observé une série de onze militaires suicidés, s'étant fait sauter le crâne avec un fusil chargé à une, quelquefois à deux cartouches. « Nous les avons trouvés, dit-il, l'arme aux mains, à peu près comme on tient un flageolet et le gros orteil du pied droit appuyé sur la gâchette ou la ficelle qui avait servi à faire partir le coup.

Le fait suivant de Brinton est partout cité :

Pendant la guerre de sécession, un parti du nord surprend un parti de cavaliers du sud. Les nordistes envoient une décharge, tous les sudistes sautent à cheval et décampent à l'exception d'un seul qui reste debout le pied gauche à l'étrier, le pied droit à terre, la face tournée à droite vers l'arrière regardant l'ennemi. On s'approche, on lui crie de se rendre, il ne répond pas,

et on reconnaît avec surprise qu'on se trouve en présence d'un individu mort, en complète rigidité. On eut beaucoup de peine à détacher les mains de la bride et de la carabine, le mort fut couché à terre, toujours complètement rigide, deux balles l'avaient frappé: l'une avait traversée la poitrine de part en part, l'autre avait trappé la tempe droite.

Il en est de même de ce colonel anglais, qui eut le crâne broyé par un boulet en chargeant à Inkermann à la tête d'un régiment, et dont le corps resté en selle fut ramené au camp par le cheval.

Les faits de spasme cadavérique ne sont pas spéciaux à l'homme; à la bataille de Beaumont, Rossbach vit un cheval auquel un obus avait enlevé la colonne cervicale, fixé dans l'attitude du saut.

De même on retrouve des cas très nombreux dans les récits des médecins militaires, de cadavres trouvés dans des positions les plus étranges, telles la position de combat, de prière.

A ce propos on peut citer les cas suivants :

Cas de Rossbach

Fantassin français frappé au moment où il allait charger son fusil; il tombe la face en avant, conservant l'attitude du soldat qui charge son arme, la main gauche soutenant le canon du fusil dont la crosse appuyait contre le côté droit, la main droite en position de charger.

Le même auteur signale le fait suivant :

Sur la pente raide d'une colline, on trouve le cadavre d'un chasseur prussien tenant ferme son fusil, dans l'attitude du soldat qui monte à l'assaut.

Cas d'Armand

A *Magenta*, un zouave frappé en pleine poitrine, est trouvé couché sur son fusil qu'il tenait dans la position de la charge à la baïonnette, sa face énergique était projetée en avant dans une attitude menaçante.

Armand a signalé l'attitude d'un autre cadavre trouvé sur le même champ de bataille.

Il s'agissait d'un fantassin autrichien mort d'une blessure des vaisseaux cruraux, il était dans une attitude de supplication, couché sur le dos, un peu à droite, la face et les yeux tournés vers le ciel, les deux mains jointes, les doigts entrelacés et crispés, il semblait mort en faisant une prière.

Cas de Périer

A *l'Alma*, on trouve un Russe couché un peu sur le côté, les genoux fléchis, les mains levées, la tête renversée en arrière et semblant murmurer des prières.

Parmi les faits observés dans la pratique courante nous citerons les deux récits empruntés à E. Martin :

Etienne Martin cite l'observation d'un militaire qui se suicida d'un coup de revolver tiré dans la région temporale droite. On trouve le cadavre debout devant une glace, la main gauche reposant sur la cheminée, la droite tenant encore l'arme dirigée vers la tempe.

Dans une deuxième observation *Martin* dit avoir assisté dans la rue à un meurtre d'un individu tué d'une balle qui perfora le bulbe et alla se loger dans une des fosses cérébelleuses; l'individu s'affaissa et roula sur le dos, les bras étendus en avant dans l'attitude de défense.

La mort avait été instantanée. Le cadavre était dans un état de spasme tel qu'on pouvait le faire tourner d'un côté ou de l'autre comme un morceau de bois, en le saisissant par les bras.

Spasme localisé

Au spasme localisé se rattachent :

α) La conservation de l'expression ultime de la physionomie.

β) la conservation d'une attitude, d'un mouvement partiel; attitude ou mouvement ultime fixés par le spasme.

BRINTON, VENDURFER et ROSSBACH ont expressément signalé, sur les cadavres observés par eux sur le champ de bataille, les expressions diverses : de menace, de colère, de terreur, de gaieté que le spasme avait fixées sur la physionomie des sujets morts pendant que leur visage exprimait des sentiments divers.

BRINTON rapporte qu'à la bataille d'*Anlretain* (1862)

Un soldat de 18 ans fut tué d'un coup de feu au cœur, on le trouva le bras droit fortement étendu au-dessus de la tête, la main tenant le képi, le sourire au visage. On eût dit qu'au moment où la mort le surprit il excitait ses camarades à l'attaque.

Le fait suivant a été apporté par ROSSBACH :

Six soldats français déjeunaient dans un repli de terrain, l'un d'eux levait vers sa bouche un gobelet d'étain qu'il tenait entre le pouce et l'index, un obus éclate sur le groupe, tue les six soldats, enlevant à celui qui fait le sujet de l'observation le crâne et la face, à l'exception de la mâchoire inférieure.

Le cadavre soutenu par le terrain et les cadavres voisins qui formaient rempart ne pût tomber; il fut donc trouvé dans la position où il avait été frappé mais le gobelet en main et approché de la mâchoire inférieure.

De l'étude du spasme cadavérique et des nombreux récits qui l'ont illustré, il résulte que le phénomène est rare dans la pratique, et n'apparaît que dans des conditions étiologiques spéciales.

Cependant le spasme cadavérique s'observe sur les cadavres de sujets morts à la suite de maladies s'accompagnant de convulsions généralisées, telles le tétanos et l'intoxication strychninée.

Mais la presque totalité des cas de spasme cadavé-

rique, s'observe dans les morts violentes par coup de feu, soit sur les champs de bataille, soit au cours des suicides.

Tous les auteurs indiquent que la soudaineté de la mort, surprenant l'individu en pleine contraction musculaire locale ou générale, est la condition pour produire le spasme cadavérique local ou général.

Ce sont surtout les lésions des centres nerveux supérieurs qui produisent le spasme cadavérique.

1° Blessure de la partie supérieure de la moelle (SCHROFF et FALK).

2° Blessure de la région bulbo-protubérantielle (Etienne MARTIN).

3° Blessure du cervelet (BROWN-SÉQUARD).

V. — PHÉNOMÈNES D'AUTOLYSE

Acidification des viscères

Aussitôt après la mort, des modifications chimiques s'opèrent dans la constitution des divers tissus de l'organisme, qui ne peuvent être appréciées au début qu'à l'aide de procédés délicats, tel le changement de la réaction des parenchymes viscéraux.

Les viscères pendant la vie présentent une réaction alcaline appréciable au tournesol. Sous l'influence des phénomènes d'autolyse cellulaire qui se produisent aussitôt après la mort, cette réaction, au contraire,

devient rapidement acide, elle est intense une heure après le décès.

BRISSEMONT et AMBARD ont basé sur cette constatation une méthode de diagnostic de la *mort réelle* qui conduit à des conclusions précises avant qu'apparaissent la rigidité cadavérique, bien avant surtout que la putréfaction ne débute.

A l'aide d'une seringue munie d'une longue aiguille que l'on plonge en plein tissu hépatique, on prélève par aspiration une petite parcelle de parenchyme, qui est placée sur un papier de tournesol bleu. Si la mort remonte à cinq ou six heures le papier devient rouge. Si la mort remonte à une ou deux heures, l'acidité du parenchyme est masquée par l'alcalinité du sang qui le souille; il suffit alors de déplacer le fragment pour que, débarrassée du sang, il donne sur le papier de petites taches rose vif au bout de quatre à cinq minutes.

Signe de Rebello (à rapprocher du précédent) :

Un fil de soie trempé dans une solution :

Bleu de Bromothymol	1 cc.
Alcool à 80°	15 cc.

se colore en jaune,

un deuxième fil trempé dans

Bleu de Bromothymol	1 cc.
Solution de potasse à 30 %	1 cc.
Alcool à 80° q. s. q.	15 cc.

se colore en bleu.

On passe les fils en sétons dans les téguments:
Le premier reste jaune;
Le deuxième devient jaune.

VI. — PUTRÉFACTION

La putréfaction est la décomposition des matières albuminoïdes avec production de gaz putrides. Elle est due à l'action des microbes, cette action pouvant être favorisée par certaines conditions occasionnelles.

Pendant la vie le protoplasma se défend contre l'invasion des microbes grâce aux ferments solubles qu'il renferme, des ferments qui ont pour effet non seulement d'amener la mort du microbe qui est venu au contact du protoplasma, mais encore de le solubiliser, de le digérer.

On sait que dans les organismes supérieurs, comme celui de l'homme, certaines cellules mobiles, les phagocytes, présentent une sensibilité spéciale, qui les dirige vers les microbes qu'elles englobent; d'autre part, l'épiderme et les épithéliums qui recouvrent les muqueuses constituent une barrière qui empêche la pénétration des microbes dans l'intimité de l'organisme.

Les microbes qui président à la putréfaction proviennent en particulier de l'intestin. La bouche et les voies respiratoires contiennent eux aussi, normalement, des microbes qui jouent leur rôle après la mort, mais l'origine aérienne de la putréfaction s'observe surtout après la mort par submersion, c'est pourquoi,

chez les noyés, la putréfaction domine au niveau du thorax et de la tête (aspect dit en tête de nègre).

Le phénomène domine surtout au niveau de l'intestin. Sitôt après la mort, les bactéries qui vivent à l'état normal dans l'intestin pénètrent de proche en proche en suivant les voies sanguine et lymphatique et se multiplient d'une façon active. Tant qu'il existe de l'oxygène dans les tissus, seuls prolifèrent les microbes dont la vie est possible au contact de ce gaz, les microbes *aérobies*; mais ceux-ci ont bientôt consommé la provision minime qui existe dans les tissus, la vie n'est plus possible que pour les organismes qui peuvent se développer à l'abri de l'oxygène, pour les microbes *anaérobies*.

Certains microbes, tel que le *Bactérium coli*, ont la faculté de vivre, soit au contact, soit à l'abri de l'oxygène : ce sont les *anaérobies facultatifs*.

Les microbes anaréobies décomposent les substances albuminoïdes en les ramenant à l'état de corps de constitution chimique plus simple, en dégageant en abondance des produits gazeux, acide carbonique, hydrogène, hydrogène sulfuré, ammoniaque. Ce sont les véritables agents de la putréfaction. A eux seuls ils sont capables de mener la putréfaction jusqu'à un degré très avancé. Mais dans la réalité, d'autres parasites interviennent, plus tardivement il est vrai, pour hâter la décomposition du cadavre : ce sont les champignons et les insectes (faunes des cadavres).

Début de la putréfaction

Après ce que nous venons de dire sur la prolifération successive des microbes aérobies et anaérobies, on conçoit que la putréfaction ne débute pas immédiatement après la mort, mais seulement lorsque les aérobies se sont développés assez abondamment pour débarrasser les tissus de tout l'oxygène qu'ils renferment. Le temps nécessaire varie suivant les causes de la mort, mais il est surtout influencé par les conditions climatériques et la température ambiante; enfin, il n'est pas le même pour toutes les parties du cadavre. Les maladies infectieuses favorisent la putréfaction, parce que, pendant la période agonique, les germes pathogènes envahissent l'organisme au cours d'une véritable septicémie terminale. Aussi le début de la fermentation putride est-il en général reculé chez les individus qui meurent subitement en pleine santé.

On sait que, pendant l'été, les cadavres entrent en putréfaction avec une grande rapidité, qu'ils se conservent intacts longtemps pendant l'hiver.

Il est impossible de donner des chiffres précis pour indiquer le début de la putréfaction; on peut dire seulement qu'en moyenne la putréfaction débute l'hiver au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, lorsque le cadavre a été conservé à une température de 5° à 6° au-dessus de zéro; qu'elle peut l'été, commencer au contraire quelques heures après la mort.

Le cadavre est-il conservé dans une pièce où règne une température élevée, est-il recouvert de vêtements épais, le refroidissement s'opère plus lentement, les microbes trouvent des conditions plus propices à la rapidité de leur développement, et le début de la putréfaction est plus précoce. L'aspect d'un cadavre putréfié est bien connu. Au début apparaît sur l'abdomen une tache verte de sulfméthémoglobine; elle s'étend rapidement, tandis que se dessine sur les membres un réseau rougeâtre. La constatation de cette *tache verte* sur l'abdomen, dans la région qui correspond au Cæcum est une preuve indubitable de la putréfaction et par suite un signe certain de la mort.

Nous ne décrivons pas la marche de la putréfaction qui ne rentre pas dans le cadre de notre étude.

DIAGNOSTIC

S'il est vrai que les cas les plus célèbres cités à l'appui de la possibilité de morts apparentes sont légendaires, on ne saurait d'ailleurs conclure que le dépistage de la mort apparente ne puisse être parfois difficile et qu'il n'ait pu y avoir d'inhumation prématurée.

Nous avons vu en effet dans cette longue énumération des signes de la mort, combien parfois il était difficile, en se basant sur certains signes de donner une réponse affirmative. Le diagnostic est d'autant plus difficile qu'on se trouve à une époque très rapprochée de la mort, car la confusion est possible quelquefois avec certains états pathologiques susceptibles de simuler la mort. Mais à une époque plus tardive, lorsque la rigidité cadavérique et le refroidissement du corps sont apparus, et surtout quand il existe une manifestation si atténuée soit-elle de la putréfaction, la constatation d'une tâche verte abdominale par exemple, inutile de chercher plus loin, la mort est certaine. Il devient absolument inutile d'imposer aux familles, une épreuve médico-scientifique qui doit être réservée aux cas où il n'existe que des signes de présomptions.

Quels sont les états pathologiques qui peuvent simuler la mort? Dans quels cas le médecin se trouve-t-il en droit de douter de la réalité de la mort, et quelles sont les précautions dont il doit s'entourer dans ces cas particuliers? Quelles sont enfin les réactions décisives, médico-scientifiques que l'on doit pratiquer sur le cadavre lorsque, au contraire c'est la famille qui conserve un doute, que le médecin doit respecter? Voilà les différents points du diagnostic que nous allons envisager successivement.

1° Les états pathologiques qui peuvent simuler la mort.

La SYNCOPE est caractérisée par la tirade symptomatique : arrêt de la respiration, arrêt de la circulation, abolition de la sensibilité.

Elle simule par conséquent la mort, dont le critérium physiologique est précisément l'arrêt complet du cœur. Mais cet arrêt doit être définitif, ce qui est la seule différence avec la syncope, au point qu'on dira « Syncope » si le cœur se remet à battre, ou « mort » s'il reste arrêté. D'autre part l'arrêt complet et prolongé du cœur au delà de trente à quarante minutes détermine rapidement des désordres cellulaires cérébraux incompatibles avec la survie. Le diagnostic avec la syncope n'est donc pas à retenir.

La « LÉTHARGIE » hystérique, exceptionnelle ne peut être confondue avec la mort par un médecin, le cœur

bat, le corps n'est pas refroidi, il n'y a pas de lividités cadavériques.

La NARCOLEPSIE n'est qu'un sommeil pathologique qui ne rapelle en rien la mort.

Par contre dans certains « états de vie ralentie », le cœur continue à battre mais si faiblement que les contractions ne peuvent être perceptibles et que le sang progresse sans ondées. De tels sujets pourraient présenter des lividités cadavériques et leur corps pourrait se refroidir.

On a dit que dans l'Inde, certains Fakirs possèdent le pouvoir sinon de suspendre le cours des fonctions vitales, mais du moins les ralentir considérablement, au point qu'ils peuvent rester dans cet état, enterrés pendant plusieurs semaines. Le professeur *Argaud* de la faculté de Médecine de *Toulouse*, raconte le fait suivant : un fakir est déterré au bout d'un mois, le pouls ne battait plus, la respiration était nulle, le corps entièrement refroidi. Au bout d'une heure de respiration artificielle, il revint à la vie. La question de la vie ralentie des fakirs a suscité de nombreuses critiques. On peut affirmer que le fait est loin d'être scientifiquement établi. Ces états qui ressemblent en somme à celui des animaux en hibernation s'observent surtout chez les grands commotionnés. C'est sans doute ainsi que s'explique la mort apparente du général *Ornano*, après qu'il eut la tête effleurée par un boulet.

Que faire en cas de doute? Causes du doute.

La LÉTHARGIE, ne saurait être confondue avec la mort; elle ne s'accompagne ni d'arrêt du cœur et du pouls, ni du refroidissement du corps.

La SYNCOPÉ, état transitoire ne saurait se prolonger longtemps sans entraîner la mort.

Par contre il y a lieu d'insister sur certains états au cours desquels le diagnostic de la mort est classiquement impossible. Il en est ainsi dans :

a) la mort apparente du nouveau-né.

b) la submersion.

c) l'asphyxie par l'oxyde de carbone.

d) l'électrocution et la fulguration.

Dans tous ces cas il est de règle de prolonger les soins, et de pratiquer la respiration artificielle pendant plusieurs heures (4 ou 5 heures au moins en cas d'électrocution ou de fulguration).

Le doute médical semble possible de même dans certains cas rares de vie ralentie, tels qu'on peut observer en particulier chez les grands traumatisés, et les grands commotionnés. Ce sont là des cas qu'on ne rencontre guère que sur les champs de bataille, alors qu'une décision rapide doit être prise sans attendre l'apparition des grands phénomènes cadavériques.

Dans la pratique civile courante c'est donc excep-

tionnellement que le médecin doutera de la mort et c'est plus ordinairement la famille qui voudra conserver un doute. Le médecin pourra ainsi se trouver appelé à prouver la réalité d'une mort dont lui même ne doute pas.

1° C'EST LA FAMILLE QUI DOUTE DE LA MORT.

A. *Ce qu'il faut faire*

On rassurera la famille en pratiquant une épreuve scientifique et compréhensible :

On peut, à l'aide de l'appareil de Pachon montrer qu'il n'y a plus aucune oscillation.

LA RÉACTION D'ICARD

Parmi les nombreux procédés préconisés pour dépister les cas de morts apparentes, celui qui semble jouir actuellement de la plus grande faveur est l'épreuve de la fluorescéine.

On injectera 20 à 25 cm³ de la formule suivante modifiée par Duvoir :

Fluorescéine ammoniacale.....	5 gr.
Eau distillée	20 gr.

et en se rappelant que d'après les travaux de cet auteur, l'injection sous-cutanée paraît de médiocre va-

leur et que seule l'injection intraveineuse semble devoir être conservée.

B. *Ce qu'il ne faut pas faire*

Il faut se garder d'employer un moyen trop simpliste, comme celui qui consiste à approcher un miroir de la bouche du cadavre, ou l'un des nombreux procédés bizarres, sinon ridicules qui ont été proposés. Surtout, il ne faut pas, comme il est de pratique trop courante ouvrir une veine, ce qui est un procédé sans valeur pour démontrer que la circulation est arrêté. Ce procédé est mauvais parce que la plaie risque de saigner, sinon immédiatement, du moins au bout de quelques heures, sous les effets de la putréfaction, (circulation posthume).

Le procédé qui offre la plus grande garantie est la section de l'artère radiale ou temporale. Mais c'est là un procédé qui répugnerait certainement aux familles, et que pour ce motif, on doit réserver soit à l'accident d'anesthésie dans la salle d'opération, soit à la relève des corps sur le champ de bataille.

2° C'EST LE MÉDECIN QUI DOUTE

Dans les familles ou à l'hôpital, le médecin pratiquera l'épreuve de la fluorescéine.

Sur le champ de bataille, il pratiquera plus simplement l'ouverture d'une artère temporale ou radiale,

LES MESURES LEGISLATIVES

Vérification des décès

La vérification des décès est prescrite par l'article 77, du code civil. Cet article est ainsi conçu :

Art. 77 CC. — Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation, sur papier libre et sans frais, de l'officier de l'état-civil, qui ne pourra la délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée pour s'assurer du décès et que vingt-quatre heures après le décès, hors les cas prévus par les règlements de police.

D'après les termes de cet article, ce serait donc l'officier de l'état civil qui devrait se transporter auprès de la personne décédée.

Le médecin de l'état civil à Paris

L'arrêté du 21 vendémaire, an IX, toujours en vigueur, a créé, pour le département de la Seine, le service de vérification *médicale* des décès. Un décret mi-

nistériel de 1866 a édicté l'obligation de la constatation médicale dans toutes les communes de *France*, suivant les méthodes en usage dans la Seine.

La vérification des décès devrait donc être faite par un médecin spécial, le médecin de l'Etat-civil; malheureusement non seulement les campagnes, où cette organisation serait difficilement réalisable, mais aussi dans un grand nombre de villes, même parmi les plus importantes, la municipalité a négligé de spécialiser un médecin, en sorte que c'est le médecin traitant qui est le plus souvent appelé à certifier le décès de son propre malade.

Mesures proposées par M. E. LÉVY

Un certain nombre de mesures ont été proposées par M. E. Lévy, dans les « Annales de Médecine Légale » pour une meilleure « constatation juridique des décès ». Nous ne parlerons que de celles qui ont trait à notre sujet.

M. E. Lévy s'élève d'abord contre une lacune fâcheuse : l'absence du médecin de l'état-civil, non seulement dans les campagnes, mais même dans les plus grandes villes de France, sauf Paris. M. Duvoir, tout en s'associant à cette critique, fait remarquer que la création d'un service médical d'état-civil dans toute la France ne serait intéressante que pour le dépistage des morts violentes. Mais dans la généralité des autres cas, c'est le médecin traitant qui délivre le certificat

permettant l'établissement du permis d'inhumér; or, dit M. Douvoir, « pour le diagnostic de la réalité de la mort, le plus qualifié n'est-il pas précisément le médecin qui a soigné le malade et qui sait de quoi il est mort ».

M. E. Lévy s'inquiète ensuite de l'attitude trop réservée des médecins de l'état-civil. Le médecin n'oserait pas « devant tous les gens qui l'entourent et qui sont désolés, faire sur le corps les expériences décisives, mais en apparence irrespectueuses, qui pourraient mettre en évidence la vie qui semblait s'être retirée et qui peut encore se manifester par des indices légers ». M. Duvoir ne partage pas une telle opinion : la constatation en apparence sommaire du médecin de l'Etat-civil, dit-il, est en général une garantie suffisante. Le syndrome cadavérique si peu manifeste qu'il soit pour les personnes non averties, ne saurait lui échapper. M. Duvoir cite simplement : l'odeur cadavérique légère, qui échappe à ceux qui veillent le mort, mais frappe celui qui vient du dehors; l'existence de lividités aux parties déclives du cou; les renseignements fournis par le simple contact de la main : refroidissement, rigidité, absence de pouls.

S'il faut admettre qu'il est des cas où un procédé médico-scientifique soit nécessaire, du moins pouvons-nous affirmer que ces cas sont exceptionnels. Comme nous l'avons dit, on ne saurait imposer un tel procédé à l'entourage du défunt. C'est seulement à la demande de la famille, quand il s'agit de lever défini-

tivement un doute, que le médecin est en devoir de mettre en œuvre une méthode objective et scientifique, telle qu'il ne puisse plus persister dans l'esprit le moindre soupçon quant à la réalité de la mort. L'intérêt de cette méthode est donc purement moral, elle rassure la famille en lui ôtant définitivement les craintes qu'elle pourrait concevoir d'une inhumation prématurée.



L'ensevelissement prématuré

De ce qui précède, il résulte que si l'on ne saurait nier qu'il ait pu exister des cas d'inhumations prématurées, ceux-ci n'ont guère pu se produire, dans les temps modernes, qu'en l'absence de constatations médicales.. Il faut donc faire justice des légendes; les positions anormales des cadavres, constatées lors des exhumations sont dues à la manipulation des cercueils ou aux mouvements cadavériques (rigidité). En Allemagne d'ailleurs, ont été créés des obitoires : ce sont des établissements où l'on porte les corps avant de les inhumer, on met dans la main du cadavre le cordon d'une sonnette, et en outre un gardien vient souvent inspecter les corps. Depuis 1792, date de la création des obitoires, aucun sujet ne s'est réveillé.

« La science d'aujourd'hui ne se trompe plus sur ce sujet » ; malgré son grand talent, Ch. Farrère, comme E. Poë, n'est pas convainquant.

Les signes de la mort sont suffisamment précis, aucun doute : « elle n'enfouit que des cadavres ». Ce qui ne veut pas dire que la question ne sera pas, comme il aura toujours été, discutée dans l'avenir, ce qui d'ailleurs n'est pas sans un certain charme macabre qui peut séduire même l'incrédule.

CONCLUSIONS

1° La croyance à l'ensevelissement prématuré est profondément enracinée dans l'esprit humain. Cette croyance est d'ailleurs soigneusement entretenue par des faits sensationnels rapportés de temps à autres par les journaux. Ces récits fantaisistes, aussi faux que les faits les plus célèbres cités dans l'histoire, et donnés comme preuves de la possibilité de l'inhumation prématurée, ne devraient plus servir d'exemples pour établir la possibilité de pareilles éventualités.

2° L'article 77, du Code Civil, donne des garanties qui paraissent suffisantes aux caractères les plus timorés, en interdisant l'inhumation avant l'écoulement d'un délai minimum de 24 heures, et en rendant obligatoire la constatation médicale des décès.

3° Car s'il n'existe aucun signe de certitude précoce de la mort, quelques heures après celle-ci, un ensemble de caractères spéciaux apparaissent qui ne laissent plus aucun doute pour le médecin.

4° Toutefois, sans vouloir critiquer ceux qui cherchent un signe spécifique et précoce de la mort, il

semble qu'actuellement on doit surtout conseiller :

a) l'organisation d'un corps de médecins de l'état-civil analogue à celui de Paris;

b) au besoin, si l'on trouvait un danger à ce que la visite médicale soit faite trop précocement, on pourrait ajouter au texte de l'article 77, du Code Civil, l'indication d'un délai minimum pour cette constatation, afin d'être assuré de la constitution d'un syndrome cadavérique plus net.

5° Dans le but d'éviter l'angoisse du doute à la famille qu'il ne pourrait convaincre, le médecin, même sûr de son diagnostic, peut avoir le devoir moral de mettre en œuvre pour la rassurer, le procédé *objectif* de caractère scientifique qui lui paraîtrait le plus approprié.

Vu : le Doyen

Vu : le Président

BALTHAZARD

BALTHAZARD

Vu et permis d'imprimer

le Recteur de l'Académie de Paris

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Armand d'AMBRAINE. — Dissert. médico-légale sur les dangers des inhumat. prématurées et des signes de la mort. Paris, Th. méd., 24 août 1821.

BALTHAZARD. — Précis de médecine légale, 1928. Baillière, éd.

BICHAT. — Recherches physiologiques sur la vie et la mort (1800), Paris.

BONIFACE. — De l'incertitude des signes de la mort. Th. méd., Paris, 1833.

BOUCHUT. — Traité des signes de la mort et du moyen de prévenir les enterrements précipités (1849).

CHAUSSIER. — Vivants crus morts, et moyens de prévenir cette erreur (1819).

CHAUSSIER. — Histoire des infortunés qui ont été enterrés vivants. Paris, 1833.

CARY. — Observation sur la mort apparente (Genève).

DERVIEUX (F.). — Contribution à l'étude médico-légale du sperme : Le sperme dans l'urètre des cadavres. *Ann. Hyg. et méd. lég.*, 1929.

DEVERGIE. — Le danger des inhumations précipitées.
Bulletin off. du Ministère de l'Int., Paris.

DEVERGIE. — Signes de la mort réelle, 1852.

DUVOIR (M.). — Vérification des décès et identification
des cadavres. *Ann. méd. lég.*, avril 1931, Paris.

DUVOIR (M.) et DESOILLE (H.) — P. M. C. (V), page 270,
signe de la mort. P. M. C. II (phénomènes cadavé-
riques. P. M. C. III, déclaration d'état-civil.

FERRY. — Signes de la mort. Thèse, Paris, 1819.

FICHON. — Mort apparente chez le nouveau-né. Thèse
méd. Paris (1879).

FODERÉ. — Traité de médecine légale et d'hygiène pu-
blique à Paris (1803).

FOUCHER. — Des signes de la mort. Thèse, Paris, 1817.

GANNAL. — Mort réelle et mort apparente.

GEORGHIN. — Mort apparente. Th. méd., Paris, 1911.

GILLARD. — Traction rythmée de la langue dans la
mort apparente. Th. Paris (1896).

GRESLAU. — Signes de la mort. Th. méd., Paris, 1819.

HOFFMAN. — Ct. S. Ueber den Scheintod, und ueber
gewalstane Todes arten ueberhaupt... Cobourg).
De la mort apparente et de quelques espèces de
mort violente, en général avec indication théra-
peutique... etc...

JELLINEK. — Traité d'électropathologie (Vienne).

JOUY. — Dissertation sur l'importance des signes de la mort.

LACASSAGNE. — Précis de médecine légale, *id.*, 1909.

LARCHER. — Signe de la mort réelle (1868).

LE BON (G.). — De la mort apparente et des inhumations prématurées (1866).

LEGLUDIC. — Des signes de la mort. Th. Paris, 1863.

LEPAULNIER. — Signes de la mort apparente et de la mort réelle. Th. méd. Paris (1819).

LENORMAND. — Des inhumation précipitées, Mâcon (1842).

LEVY (Michel). — Essai de police médicale sur l'incertitude des signes de la mort et des dangers des inhumations précipitées. Th. méd., Strasbourg (1834).

LEVY (M.). — Contatation juridique des décès. *Ann. méd. lég.*, février-mars, Paris, 1931.

LINARÈS. — Signes de la mort. Th. méd. Paris, 1834.

LONDE. — Mort apparente et conséquences réelles des inhumations précipitées. Paris, 1854.

LOUIS. — Lettres sur la certitude des signes de la mort, 1752.

MATHELIN. — Mort et mort apparente. Th. méd., Paris (1854).

MENESTREL. — Signes de la mort considérés sous le rapport médico-légal. Th. Paris, 1837.

NYSTEN. — Mémoire sur la raideur cadavérique (1808).

ORFILA. — Traité de médecine légale, Paris, 4^e éd. 1848.

PACINI. — Mort apparente au cours du choléra. Florence, 1896.

PARROT. — Mort apparente. Th. agrégation (1860).

PICHARD. — De la léthargie et des signes qui distinguent la mort réelle de la mort apparente. Paris, 1830.

RANFEL (M.). — Livre sur les morts apparentes, 1728.

SERÉ (de). — Signes de la mort (1869).

— Diagnostic de la mort et certificat de décès à Paris, 1874.

SOMMER. — Dissertatio de Signis mortem hominis absolutam indicantibus. Copenhague (1833).

TOURDES. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (chapitre IX, Mort).

THOINOT. — Précis de médecine légale. Collection Testut, éd. 1913.

VEYNE. — Mort apparente et mort réelle. Paris, 1854.

WINSLOW. — Signes de la mort, trad. par Bruhier, 1742.

ZACCHIA (Paul) — Questiones medico-legales in quibus ea omnia materiæ medicæ, quæ ad legales facultates, etc. Edition 3^o, Amsterdam. 1631.

TABLE DES MATIERES

	Pages
Introduction	9
Historique	15
Littérature	32

PREMIÈRE PARTIE

Signes de la mort.....	41
<i>a)</i> Signes de probabilité.....	45
<i>b)</i> Signes de certitude.....	57

DEUXIÈME PARTIE

Diagnostic	81
------------------	----

TROISIÈME PARTIE

Les mesures législatives.....	87
Les mesures proposées par M. E. Lévy.....	88
Conclusions	93
Bibliographie	95

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, bld St-Germain, Paris
